VOL. 30 N.º 4

ANAIS BRASILEIROS
DE
DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

DEZEMBRO DE 1955

PUBLICAÇAO TRIMESTRAL DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

RIO DE JANEIRO BRASIL

PAGES

OL

ANTIPRURIGI-
ORA-QUERATO-

84 — RIO

Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia

Caixa postal 389 — Rio de Janeiro

VOL. 30 DEZEMBRO DE 1955 N.º 4

Lúpus vulgar na Bahia

Newton A. Guimarães

Sabe-se que constituem raridade, em nosso país, os casos de lúpus vulgar. Assim, segundo dados de Azulay e Serra (1), em 30 anos, na Clínica Dermatológica da Universidade do Brasil registraram-se apenas 14 casos, que, somados aos de Ramos e Silva (2,3), Mascarenhas de Medeiros (4), Ancona Lopez (5), Miranda (6) e Azulay e Azulay (7), perfazem exatamente o número de vinte, total de observações divulgadas.

Quanto à distribuição geográfica, recentemente F.E. Rabello (8) acentuava o interêsse da apresentação feita por Azulay e Azulay (7) de paciente procedente do Estado do Ceará, possivelmente o primeiro caso da região nordestina.

Com relação ao Estado da Bahia há referências apenas a alguns casos observados muito remotamente, e aos quais se aplica a observação judiciosa de Rabello (9), opinando que certamente se tratava de casos de leishmaniose, pois assinalados como de lúpus numa ocasião em que não eram ainda perfeitamente conhecidas e corretamente diagnosticadas as diversas formas clínicas da leishmaniose tegumentar; tanto assim que, depois de certa época (aproximadamente a partir de 1910), "desapareceu" o lúpus vulgar, não sendo mais conhecida, até aqui, qualquer observação neste Estado.

São, pois, os que se seguem, os primeiros casos (*) de lúpus vulgar de autenticidade indiscutível publicados na Bahia, e, juntamente com o de Azulay e Azulay (7), possivelmente os primeiros em indivíduos do norte do país.

Trabalho da Clínica Dermatológica e Sifilográfica da Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia (Catedrático: Professor Newton A. Guimarães).

(*) A observação n.º 1 foi gentilmente cedida pelo prof. Flaviano Silva a quem o autor deixa consignados os mais cordiais agradecimentos. Também agradece à direção da Fundação Hospitalar Otávio Mangabeira a colaboração prestada, especialmente no internamento imediato da paciente Maria de Lourdes S.; e, ao Dr. Walmir S. Nogueira, tisiologista daquela Fundação, o cuidadoso contrôle, realização de exames complementares e parte da documentação fotográfica dos casos 3 e 4.

OBSERVAÇÃO N.º 1

(do Prof. Flaviano Silva)

Nilson F., de côr parda, com 8 anos de idade, colegial, natural do Estado da Bahia (Capital), residente à rua Praguer Araújo n.º 26 (Distrito da Penha), veio à consulta, no Ambulatório Silva Lima (Hospital Santa Isabel), em dia de junho de 1950.

Antecedentes pessoais: nascido a têrmo, de parto natural; deambulação, dentição e fonação normais.

Antecedentes familiares: pai reumático e mãe palúdica; seis irmãos aparentemente sadios; a avó materna morreu tuberculosa e morava na mesma casa.

Historia da doença atual: há uns dois anos, aproximadamente, apresentou, na nádega esquerda, nos limites com a coxa, uma pequena lesão pruriginosa, que foi aumentando, apesar dos diversos tratamentos, até atingir as dimensões atuais. Consultou vários clínicos, que prescreveram injeções de bismuto, penicilina, etc., sem proveito. Por isso, procurou êste Hospital.

Status præsens: facies atípica, mucosas visíveis coradas, panículo adiposo regularmente desenvolvido, musculatura idem, estado mental bom.

Fig. 1 — Caso Nilson F. (Obs. n.º 1)

Exame dermatológico: na nádega esquerda vê-se uma lesão de contôrno irregular, eritematosa, ligeiramente elevada, com algumas crostas e orla ligeiramente pigmentada, móvel sôbre os tecidos subjacentes, indolor e, às vêzes, pruriginosa. Nota-se, ainda, por tôda a nádega, ceratose folicular.

Gânglios aumentados de volume, duros, indolentes, nas regiões inguinais. O doente queixa-se de tosse.

Exames complementares:

1. *Exame histológico* (Lab. de Patologia do Hospital Santa Isabel): "aprecia-se um epitélio malpighiano hiperplasiado, com moderada hiperceratose,

O epitélio respeita seus limites com o conjuntivo e suas células não exibem alterações específicas. O derma, de tecido conjuntivo fibrilar, está densamente infiltrado por plasmócitos e linfócitos, constituindo ilhas de tecido inflamado. Aqui e ali existem formações granulomatosas, centradas por uma ou mais células gigantes do tipo Langhans, e circundadas por células epitelióides. Não há zonas de necrose, mesmo mínimas. Conclusão: lúpus vulgar". — (ass.) *A. M. Silvany Filho*.

2. *Exame radiologico*: o tele-radiograma do tórace mostra boa transparência em ambos os campos pulmonares. Oservam-se nódulos calcificados na área hilar direita. Silhueta cárdio-vascular sem alteração de nota.

3. *Reação de Wassermann, Kahn e Kline*: negativas.

4. *Reação de Mantoux a 1/100*: fortemente positiva.

OBSERVAÇÃO N.º 2

Maurinia da C., de côr preta, com 8 anos de idade, do sexo feminino, natural da Cidade de Alagoinhas (interior da Bahia), residente no Rio Vermelho de Baixo n.º 17, em Salvador. Compareceu ao ambulatório da Clínica Dermatológica (a êsse tempo ainda funcionando no Hospital Santa Isabel), procedente da Clínica Oto-Rino-Laringológica, com a suspeita de leishmaniose.

Fig. 2 — Maurinia S. quando voltou à Clínica Dermatológica, com recidiva. Percebe-se, pelo processo cicatricial a extensão das lesões anteriores. (Extraviaram-se, infelizmente, por ocasião da transferência da Clínica Dermatológica do Hospital Sta. Izabel para o Hospital das Clínicas, as fotografias anteriores da paciente.

Antecedentes pessoais: doenças da primeira infância; nada de interêsse para o caso.

Antecedentes familiares: pais vivos e sadios; dois irmãos sadios; não há notícia de casos de tuberculose na família.

História da doença atual: data de três anos a sua doença, que se iniciou com uma "carne" no nariz, dificultando-lhe a respiração. Esteve internada na

Clinica Oto-Rino-Laringológica onde foi submetida a tratamento no sentido de leishmaniose; achando-se melhor, solicitou alta e voltou ao interior, onde, com pouco tempo, surgiram lesões na pirâmide nasal, que aumentaram, a ponto de deformar o órgão, e se estenderam ao lábio superior. Lesões do mesmo aspecto surgiram simultâneamente na orelha esquerda, ao tempo em que também apareceu perturbação ocular.

Exame geral: paciente com bom estado geral, panículo adoposo e musculatura normalmente desenvolvidos, psiquismo normal.

Exame físico especial: aparelhos e órgãos internos sem anormalidade aparente.

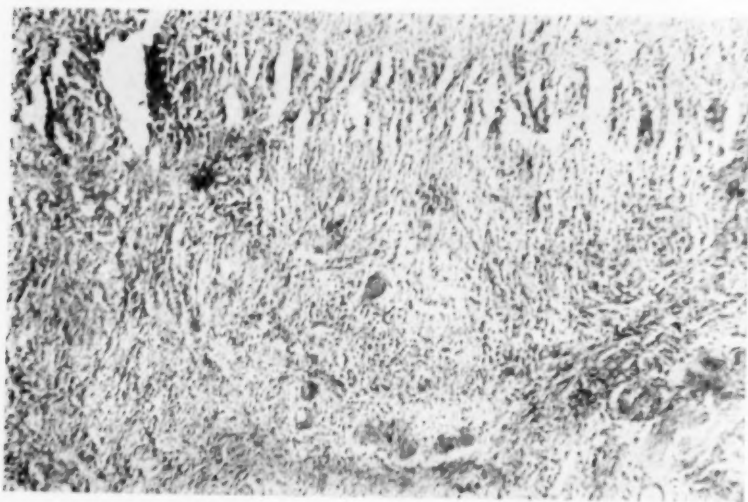



Fig. 3 — Aspecto histológico da lesão de Maurinia S. (Obs. n.º 2)

Exame dermatológico: a pirâmide nasal e o lábio superior se encontram completamente deformados por um processo úlcero-vegetante, recoberto, em alguns pontos, por pequenas crostas, e mostrando, em outros, tubérculos também de pequenas dimensões. Os orifícios das fossas nasais se encontram ampliados por destruição parcial de suas bordas, prolongando-se um pouco a infiltração para a mucosa nasal, vendo-se ainda uma pequena perfuração do septo cartilaginoso.

No pavilhão auricular esquerdo apresenta-se lesão úlcero-crostosa plana, atingindo o trágus e prolongando-se um pouco à pele da face adjacente e à porção inferior da ante-hélice, concha e lóbulo.

Nota-se ainda que a paciente exibe fotofobia e conjuntivite, com intenso lacrimejamento.

Exames complementares:

1. *Reação de Montenegro*: negativa.
2. *Reação de Mantoux*: 1/10.000 positiva (+++)
   1/100.000 positiva (+).

3. *Exame de fezes*: ovos de T. trichiura (+) e larvas de Strongyloides stercoralis.

4. *Exame de urina*: ausência de elementos anormais; sedimento: raras células epiteliais das vias urinárias inferiores, alguns piócitos, bactérias e uratos amorfos.

5. *Pesquisa de bacilos ácido-álcool-resistentes na lesão nasal*: negativa (não foi possível, na ocasião, obter inoculação ou cultura).

6. *Radiografia do tórax*: nenhuma anormalidade.

7. *Exame oftalmológico*: conjuntivite flictenular.

8. *Exame anátomo-patológico*: epiderme mostrando hiperplasia do tipo pseudo-epiteliomatoso, com áreas de ulceração. Derme papilar e profunda intensamente infiltradas por células epitelióides e linfócitos, que, em alguns pontos, são circunscritos por áreas de fibrose e formam granulomas contendo, no interior, células gigantes do tipo Langhans. Conclusão: lúpus vulgar.

Terapêutica e evolução do caso: a paciente esteve internada, inicialmente, no Hospital Santa Izabel, e, depois, no Hospital das Clínicas, com a transferência, para êste último, da Clínica Dermatológica; por essa ocasião, já se encontrava sensìvelmente melhorada. Foi submetida ao tratamento clássico pela vitamina D_2, de abril a julho de 1953, tendo alta em 17-7-53, com as lesões inteiramente cicatrizadas.

Com menos de um ano, todavia, compareceu novamente ao ambulatório da Clínica Dermatológica (5-5-54), com recidiva das lesões do lábio superior, onde se notava, à direita, uma lesão ulcerada (v. foto n.º 2), havendo, também, intensa reação ganglionar na região cervical correspondente. Desta feita, não havendo vaga para internamento imediato da paciente, esta não voltou ao ambulatório no prazo combinado, e não mais foi possível, daí por diante, apesar das tentativas feitas, obter qualquer notícia da mesma.

OBSERVAÇÃO N.º 3

Jerônimo R. S. (ficha n.º 353, da Fundação Hospitalar Otávio Mangabeira), de côr branca, com 16 anos de idade, natural da Bahia (Capital), foi internado em 26-6-54, num dos hospitais da Fundação Otávio Mangabeira, com tuberculose úlcero-cáseo-nodular bilaterial predominante à esquerda, forma muito avançada. Em 20-9-54 foram percebidas, no têrço médio da perna direita, duas pequenas placas avermelhadas, que aumentaram pouco a pouco e terminaram por fundir-se; concomitantemente surgiram lesões semelhantes na perna esquerda.

Foi, então, enviado (11-11-54), para exame dermatológico, ao ambulatório da Clínica Dermatológica (Hospital das Clínicas).

Por essa época, o paciente não vinha fazendo nenhuma medicação específica anti-tuberculosa, mas apenas tratamento sanatorial.

Antecedentes pessoais e familiares: nada de interêsse.

Exame geral: paciente de tipo leptossômico, com bom estado geral, psiquismo normal.

Exame físico especial: aparelho respiratório com lesões de tuberculose pulmonar; demais aparelhos e órgãos sem anormalidade aparente.

Exame dermatológico: no têrço médio de ambas as pernas, na porção posterior, vêem-se duas placas de coloração avermelhada, limites quase perfeitamente circulares, a maior (perna E) medindo aproximadamente 10 x 10 cm, a outra (perna D) de diâmetro aproximadamente 1 cm menor. O centro das lesões tem tonalidade um pouco mais clara, rósea e aspecto atrófico, ligeira-

mente apergaminhado; as bordas tendem à coloração castanha e são formadas por uma sucessão de micro-tubérculos, recobertos por discreta descamação. Na perna D, para o lado externo e acima e abaixo da lesão principal, vêem-se duas lesões menores, eritêmato-escamosas; na perna E, abaixo da lesão maior, também se nota uma pequena lesão eritêmato-escamosa.

Figs. 4, 5, 6 e 7 — Jerônimo R. S., antes e depois do tratamento. As cicatrizes que se percebem nas figs. 6 e 7 resultaram de duas biópsias, a primeira para exame anátomo-patológico e a segunda para retirada de um fragmento destinado a inoculação e cultura.

Fig. 8 — Aspecto histológico da lesão de Jerônimo R. S. (Obs. n.º 3)

Exames complementares:

1. *Reação de Mantoux*: 1/10.000 — negativa.
   1/1.000 — positiva (++).
2. *Exame direto, cultura e inoculação para bacilo de Koch, de fragmento da lesão*: negativos.
3. *Exame de fezes*: Trichuris trichiura (++)
   Necator americanus (+).
4. *Hemo-sedimentação*: 1.ª hora — 28 mms.
5. *Hemograma*: leucócitos por mm3..6.250
   Bastonetes — 5%
   Segmentados — 37%
   Neutrófilos — 2.623 p. mm3.
   Eosinófilos — 15% — 937 p. mm3.
   Linfócitos — 39% — 2.437 p. mm3.
   Monócitos — 4% — 250 p. mm3.
   Hemacias — 4.940.000 p. mm3.
   Hemoglobina 13,2 grs. (78%)
   Hematocrito — 46%
   Vol. Glob. Méd. — 93,1 u3.
   Hb. Glob. Méd. — 26,7 yy
   Conc. Med. He. — Glob. 28,6%.

6. *Exame anátomo-patológico*: epiderme exibindo hiperplasia da camada espinhosa, com alongamento dos cones inter-papilares. Na derme papilar, vasos fortemente dilatados e infiltração do conjuntivo por células epitelióides e linfócitos. A derme profunda apresenta um infiltrado idêntico, muitas vêzes arrumado de modo a formar granulomas que contêm, no seu interior, numerosas e volumosas células gigantes do tipo Langhans. Em alguns pontos nota-se o agrupamento de polimorfonucleares em degeneração, tendendo à formação de pequenas áreas de necrose.

Terapêutica e evolução: em 12.12.54, foi iniciado o tratamento, pela hidrazida do ácido nicotínico (200 mgrs ao dia, "per os"), associada à estreptomicina

(0,5 grs por dia, intramuscular). Com essa terapêutica, houve regressão completa das lesões cutâneas (v. figs. 6 e 7, de agôsto de 1955). O quadro pulmonar não mostrou alteração. Em 6.9.55, o paciente se submeteu a pneumectomia à esquerda, com inteiro êxito.

OBSERVAÇAO N.º 4

Maria de Lourdes S., de côr parda, com 8 anos de idade, colegial, natural da cidade de Joazeiro (Estado da Bahia), residente na ladeira do Ouro n.º 19, Estrada da Liberdade, em Salvador. Apresentou-se, a 15.1.55, no ambulatório da Clínica Dermatológica, no Hospital das Clínicas.

Figs. 9, 10, 11 e 12 — Maria de Lourdes S. (Obs. n.º 4), antes e depois do tratamento.

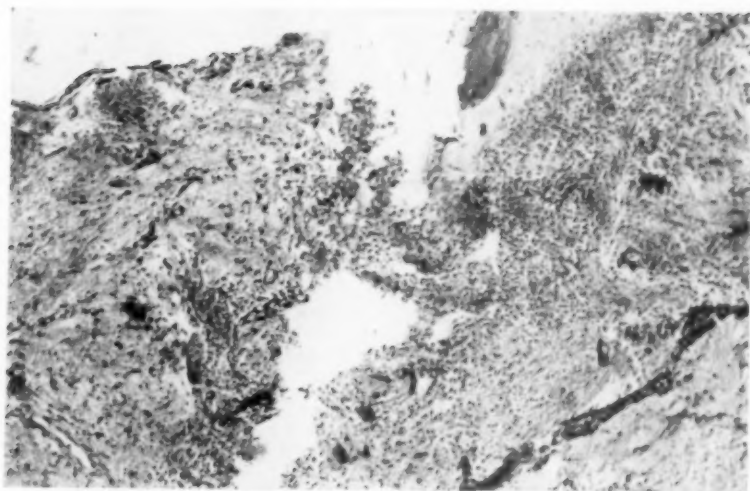



Fig. 18 — Aspecto histológico da lesão de Maria de Lourdes S. (Obs. n.º 4)

Antecedentes pessoais e familiares: nada sabe informar a respeito a acompanhante da doente.

História da doença atual: há mais de seis meses, no curso de uma gripe, surgiu uma "ferida" no nariz, que, apesar da medicação utilizada (penicilina), não foi debelada; ao contrário, aumentou pouco a pouco. A paciente apresenta, ainda, rouquidão e queixa-se de dor de ouvido.

Exame geral: estado geral bom, panículo adiposo e musculatura normalmente constituidos, psiquismo normal.

Exame físico especial: nada foi percebido, ao exame dos diversos aparelhos e órgãos. O exame radiológico, todavia, revelou comprometimento pulmonar de natureza tuberculosa.

Exame dermatológico: a pirâmide nasal se encontra deformada por um processo infiltrativo, em cuja superfície, de tonalidade eritêmato-violácea, vêem-se, entremeados, uma série de pequenas ulcerações e tubérculos, conglomerados. As narinas, por fôrça da infiltração, se encontram diminuídas no seu tamanho. Das fossas nasais escorre uma secreção muco-purulenta. O lábio superior, edemaciado, mostra, próximo ao sulco lábio-geniano, uma lesão infiltrativa, arredondada, do tamanho de uma moeda de 50 centavos, com os mesmos caracteres das lesões nasais; na região geniana, à esquerda, vêem-se pequenos tubérculos isolados, o mesmo se verificando na região mastoidiana do mesmo lado.

Mucosas visíveis, gânglios e fâneros sem anormalidade.

Exames complementares:

1. *Reação de Montenegro*: negativa.
2. *Reação de Mantoux*: 1/10.000 — positiva (++)
   1/100.000 — positiva (+).
3. *Exame de fezes*: cistos de Endamoeba coli (+)
   Endolimax nana (raros)
   Iodamoeba butschilii (raros).
4. *Exame de urina*: células epiteliais das vias urinárias inferiores; raros leucócitos, uratos amorfos e bactérias.

5. *Hemo-sedimentação*: 1.ª hora — 10 mms.
6. *Hemograma*: Leucócitos 6.800
Neutrófilos 43% 2.924 p. mm3.
Eosinófilos 11% 728 p. mm3.
Basófilos 1% 68 p. mm3.
Linfócitos 41% 2.788 p. mm.
Monócitos 4% 272 p. mm3.
Hemacias 4.600.000
Hemoglobina 13,0 grs.
Hematocrito 40%
Vol. glob. Md. 86 u3.
Hb. glob. med. 28 yy
Conc. Med. Hb. glob. 33%.
7. *Reação de Hanger*: positiva (+++).
8. *Proteinas totais*: 6,5 grs. p. 100 ml.
Albuminas: 3,6 grs. p. 100 ml.
Globulinas: 2,9 grs. p. 100 ml.
Albuminas/globulinas: 1,2.
9. *Reações sorológicas para lues*: Wassermann, Kahn e Kline — negativas.
10. *Radiografia do tórace*: processo infiltrativo ao nível do têrço inferior do pulmão direito (a paciente foi posteriormente transferida para a Fundação Hospitalar Otávio Mangabeira, onde novos exames radiológicos permitiram firmar o diagnóstico de "tuberculose pulmonar infiltro-nodular bilateral, forma moderadamente avançada").
11. *Exame direto, cultura e inoculação para bacilo de Koch, de fragmento da lesão*: negativos.
12. *Exame anátomo-patológico*: epiderme discretamente hiperplasiada. O conjuntivo dérmico, intensamente fibroso, apresenta áreas circunscritas de infiltração histio-linfocitária; êsse infiltrado, em alguns trechos, se arruma de modo a formar granulomas, centrados por células gigantes tipo Langhans. Conclusão: lúpus vulgar.

Terapêutica e evolução: em 8.2.55, iniciou-se o tratamento, com hidrazida e estreptomicina associadas (200 mgrs de INH e 0,5 grs de SM, diàriamente), verificando-se, desde logo, as melhoras, e havendo regressão completa das lesões cutâneas dentro de seis meses. O quadro pulmonar também apresentou sensível melhora. A paciente ainda continua (setembro de 1955) sob o mesmo regime terapêutico.

COMENTÁRIOS

A observação dos pacientes antes referidos, especialmente o de n.º 2, que foi o primeiro caso de lúpus de forma vegetante e localização facial observado na clínica da Bahia, constituiu-se em valioso contingente de ensinamentos. Ocorreu com a paciente *Maurinia C.* o inverso do que teria ocorrido, segundo Rabello (9), com os casos diagnosticados como de lúpus vulgar antes de 1910: naquela época, o desconhecimento da leishmaniose levava ao diagnóstico daquela forma de tuberculose cutânea; presentemente, a extrema raridade do lúpus, entre nós, e a incidência muito grande da leishmaniose fizeram desta a primeira suspeita a ser formulada, quando dos contactos iniciais com a doente, suspeita que tanto mais se impunha quanto havia a informação de certa melhora, obtida na Clínica Oto-Rino-Laringológica, com medicação contra aquela protozoose.

E mais do que a negatividade da reação de Montenegro ou a coincidência de lesões de conjuntivite flictenular, o que realmente orientou para o correto diagnóstico foi a impressão de colega do México (Dra. Maria da Concepción Estrada Silos), que, ocasionalmente, visitando a

clínica, teve oportunidade de examinar a paciente, informando serem comuns, em seu país, aspectos semelhantes, de lúpus vulgar. Foram então imediatamente feitos os testes tuberculínicos e a biópsia, cujos resultados mostraram tratar-se de tuberculose.

E' interessante acentuar como a experiência forjada em diferentes regiões, que diferem também pelos aspectos da patologia, condiciona, frente aos mesmos quadros, suspeitas clínicas diversas; por outro lado, após a lição vivida com êsse primeiro caso, o que veio despertar aquilo que Stokes (10), de referência à sífilis, chamou de "suspiriousness of mind", fàcilmente surgiu a suspeita e orientou-se corretamente o diagnóstico dos demais casos, especialmente o último, de características muito semelhantes.

Dois fatos merecem destaque nesta observação n.° 2: em primeiro lugar, a existência de uma pequena perfuração do septo cartilaginoso; e, em segundo, a ocorrência de recidiva, após a cura aparente com vitamina D2. De referência ao primeiro fato, embora não seja exclusivo da leishmaniose, a sua incidência é decididamente muito mais sugestiva dessa doença, onde é habitual, constituindo-se, assim, um dado a mais a apontar êsse diagnóstico. Em comentários sôbre doente apresentado a uma das sessões da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, no ano de 1954, F.E. Rabello (11) discutia o assunto, informando também que a perfuração do septo cartilaginoso, "embora no seu material seja mais freqüente na leishmaniose, pode ocorrer em outras enfermidades, como a tuberculose". Fique, pois, alertado o especialista para essa possibilidade, que não deve ser esquecida ao considerar-se o diagnóstico diferencial de tais casos.

No que diz respeito ao reaparecimento das lesões após o tratamento com a vitamina D2, o fato confirma o juízo que se faz, nos dias de hoje, sôbre essa terapêutica, recebida há alguns anos com tão irrestrito entusiasmo no combate à tuberculose cutânea. De ação apenas sôbre o tecido granulomatoso e inoperante sôbre o bacilo, conforme estabelecido ùltimamente, raramente condiciona uma cura definitiva do processo. Sem dúvida, os resultados melhores, segundo a experiência de quantos se têm ocupado recentemente do problema, são conseguidos com os modernos específicos contra a tuberculose: estreptomicina, hidrazida, "pas", associados segundo diversos tipos de esquemas que visam, sobretudo, evitar o precalço da aquisição de resistência pelo germe. A associação de estreptomicina e hidrazida proporcionou, nos casos 3 e 4, excelentes resultados, embora não se disponha ainda de elementos, uma vez que não decorrido prazo suficiente para um cotêjo com a observação anterior, relativamente à possibilidade de recidiva.

Analisando as observações apresentadas, cumpre destacar, ainda, algumas particularidades. Assim, a incidência do lúpus em indivíduos de côr (3 para 1), sendo dois pardos e um prêto, achado que discorda da noção clássica, confirmada pela quasi totalidade dos casos publicados entre nós, de que a enfermidade "é muito mais rara nas raças pigmentadas" (2). Outro dado que vale acentuado é o aparecimento das lesões de lúpus, no caso n.° 3, posteriormente à tuberculose pul-

monar, fugindo também à conhecida regra que diz que se "os lúpicos podem ficar tuberculosos, êstes, em geral, não se tornam lúpicos". Na observação n.º 4, onde também houve coincidência de lúpus e tuberculose pulmonar, não foi possível determinar qual teria tido início por primeiro; no caso *Jerónimo*, entretanto, em que as lesões cutâneas surgiram quando já internado há algum tempo no sanatório, a precedência das lesões pulmonares ficou perfeitamente estabelecida.

RESUMO

O autor registra quatro observações (uma gentilmente cedida pelo Prof. Flaviano Silva e três pessoais) de lúpus vulgar, observações que correspondem aos primeiros casos de autenticidade indiscutível, dessa modalidade de tuberculose cutânea, publicados no Estado da Bahia. Chama a atenção para as principais particularidades assinaladas, tais como: a existência de perfuração do septo cartilaginoso, num dos casos; a recidiva, numa das pacientes, com menos de um ano de tratamento e cura aparente pela vitamina D2; a incidência preponderante (3 para 1), em indivíduos de côr; e o aparecimento das lesões de lúpus, num dos casos, em paciente já portador de tuberculose pulmonar.

SUMMARY

The Author presents four cases — one kindly given by Prof. Flaviano Silva and three of its own — of lupus vulgaris. They correspond to the first cases of indisputable authenticity of this kind of cutaneous tuberculosis reported in Bahia, Brasil.

He calls attention to the main particularities observed, such as: the existence of perforation of the cartilaginous septum in one case; relapse, in one patient, with less than a year treatment and apparent cure with vitamin D2; preponderant incidence (3 to 1) in colored individuals and appearence of lesions of lupus, in one of the cases, in a patient already carrier of pulmonar tuberculosis.

CITAÇÕES

1. Azulay, R. D., e Serra, O. — Caso de lúpus vulgar. An. brasil. de dermat. e sif., 29:29(mar.),1954.

2. Ramos e Silva, J. — Estudos sôbre tuberculose cutânea. V. Lúpus tuberculoso da face. Hospital, Rio de Janeiro, 11:569(maio),1937.

3. Ramos e Silva, J. — Lúpus tuberculoso curado pelo Charpy-Fanielle. An. brasil. de dermat. e sif., 24:177(jun.),1949.

4. Mascarenhas de Medeiros, C. — Lúpus tuberculoso. An. brasil. de dermat. e sif., 21:323(dez.),1946.

5. Ancona Lopez, A. — Tratamento do lúpus tuberculoso pelo calciferol associado à estreptomicina. An. brasil. de dermat. e sif., 24:196(jun.),1949.

6. Miranda, R. N. — Lúpus vulgar tratado pela vitaminoterapia. Med.-cir.-farm., 201:43,1952.

7. Azulay, R. D., e Azulay, J. D. — Caso de lúpus vulgar. An. brasil. de dermat. e sif., 30:46(mar.),1955.

8. Rabello, F. E. — Comentário à apresentação de Azulay, R. D., e Azulay, J. D., (cit. 7).

9. Rabello, F. E. — La tuberculose cutanée; son incidence dans quelques régions de l'Amerique du Sud. VIIIce Congrés Internat. de Dermat. et Syphil. Copenhague, 1930, 380 — 396.

10. Stokes, J. H., Beermann, H. and Ingrahan, N. R. Jr. — Modern Clinical Syphilology. W. B. Saunders Co., Philadelphia and London, 1946.

11. Rabello, F. E. — Comentário à apresentação de R. Vieira Braga sôbre "Caso de lesão lupiforme da asa do nariz". An. brasil. de dermat. e sif., 29:206(set.),1954.

Endereço do autor: rua Afonso Celso, 28, ap. 18 — Barra (Salvador).

Eritematodes profundo

Oswaldo Serra

Assunto atualmente discutido e que tem motivado certa controvérsia entre os dermatologistas, pode o *"lúpus eritematoso profundo"* ser uma variedade clínica da *forma benigna* não febril do eritematodes. Sendo uma variedade clínica das mais raras e discutidas, por isso mesmo se justifica, por si só, a divulgação de todos os casos clínicos observados, dos quais se somam um número pequeno na literatura internacional.

Constitui esta variedade aquela que mais de perto lembra a tuberculose cutis indurativa, pelas lesões infiltradas que apresenta, lesões hipodérmicas, tendo sido descrita inicialmente por Kaposi e Irgange, entre nós, e precisamente também porque o caso observado era do tipo benigno — Oswaldo Costa.

O caso presente, motivo desta publicação, foi estudado por nós e apresentado à Sociedade Brasileira de Dermatologista e Sifilografia, em sessão de maio de 1952.

OBSERVAÇÕES

A.G., ficha n. 2.815, brasileiro, de 59 anos de idade, masculino, branco, operário, residente no D.F.

HISTÓRICO: as lesões datavam de 1 ano e meio (1950), aproximadamente, surgindo na região dorso-lombar, justa-vertebral o látero-dorsal, com sensação de queimadura. Lesão idêntica no dorso do braço direito. Três lesões evoluiram sem ulceração ou qualquer perda da substância até o aspecto que se apresentava no doente, quando o vimos pela primeira vez. As lesões se inciavam com alterações típicas de superfície e infiltração.

Nos antecedentes mórbidos familiares relata, apenas, o caso de sua mãe, que apresentava lesões vegetantes no couro cabeludo, tendo-se curado por meio de eletro-coagulação, e o de um irmão, que faleceu com câncer do laringe.

Assistente da Clínica Dermatológica e Sifilográfica da Universidade do Brasil (Diretor: Prof. F. E. Rebello), Rio de Janeiro.

Nos antecedentes pessoais, nada apuramos de interêsse, nem sôbre a investigação de antecedentes alérgicos, nem de moléstias infecto-contagiosas adquiridas. Exames de sangue para sífilis foram sempre negativos.

EXAME DERMATOLÓGICO — Na região dorso-lombar notamos 2 lesões simétricas justa-vertebrais, em placas infiltradas na periferia e de centro francamente atrófico e eritêmato-escamoso. Na vizinhança destas lesões, em placas, tanto de um lado como de outro, outras lesões infiltradas menores, papulóides, de aspecto urticariforme, do tamanho de pequenas moedas, algumas com evolução atrófica total e eritêmato-escamosas; e, outras, com apenas um ponto central atrófico e escamoso, deprimido, lembrando uma lesão de *ide sensu* (tuberculide papulóide necrótica). Estas lesões podem ser descritas como lesões *satélites* das placas justa-vertebrais. Próximo destas lesões, mais para cima, no lado esquerdo da região dorsal, mais duas lesões, sendo uma representada por pequena placa, nitidamente infiltrada com atrofia e queratose central bem acentuada, e outra, de aspeto papulóide, com pequeno centro atrófico e queratótico também nitidamente infiltrada na periferia (fig. 1). O aspeto atrófico central nas lesões, de placas maiores, justa-vertebrais, é tão acentuado que forma um perfeito bordo interno, bastante sulcado, como se pode notar, com nitidez, na fotografia (2). Nota-se, também, a infiltração consistente da periferia destas lesões fazendo relêvo. Observa-se, também, lesões ditas satélites pápulo-atróficas. Na região dorsal do braço direito, notamos uma lesão de maiores dimensões, representada por uma placa medindo cêrca de 4 x 5 centímetros de diâmetro, com acentuada infiltração consistente, fazendo relêvo na superfície da pele, e com o mesmo aspecto das outras, isto é, parte central eritêmato-escamosa e com evidente atrofia intersticial, e que tornava saliente os bordos laterais da área central atrófica contranstando com a saliência da infiltração periférica.

Além disso, nota-se um tom pálido isquêmico em tôda a área de infiltração externa das lesões, o que também se pode observar nas fotografias publicadas.

O doente se queixa de sensação de queimadura e de hiperestesia ou hiperalgesia ao nível das lesões, e, vez por outra, de discreto prurido.

Exames complementares: diante dêste quadro clínico, pedimos um exame histo-patológico ao Prof. H. Portugal, que nos deu o seguinte laudo (lâmina 7.120): "Epiderme com acentuada hiperceratose e áreas de atrofia das cristas interpapilares. Nota-se, ainda, nas zonas adelgaçadas, além de nítida ceratose dos óstios, coliquação da camada basal.

Há, na derme superficial, intensa hiperemia dos capilares sanguíneos, ectasia das linfáticas e grandes focos de edema. Nos limites com a epiderme atrófica, encontram-se massas globóides homogêneas e acidófilas de degeneração colóide. A derme subpapilar e profunda contém volumosos nódulos linfocitários, em cujos centros, por vêzes, se vêm acúmulos de grandes células claras (aspeto de centros germinativos). O colágeno subpapilar e profundo tem o aspecto faviforme, da pré-necrose, dividido em blocos regulares e poligonais, cercados por tênue moldura de substância basófila granular. Em alguns pontos vê-se, ainda, ligeiro edema mucinoso. A colaboração, pela orceína ácida, mostra completa destruição da rêde de fibras elásticas do corpo papilar; na derme subpapilar e profunda, ao contrário, a elástica é conservada. O tecido adiposo da hipoderme, bastante rarefeito, é, em parte, substituído pelo colágeno. Os vasos, na maioria, estão inalterados. Observa-se, nas preparações coradas pela orceína ácida, duas arteríolas com evidente hiperplasia do colágeno subendotelial."

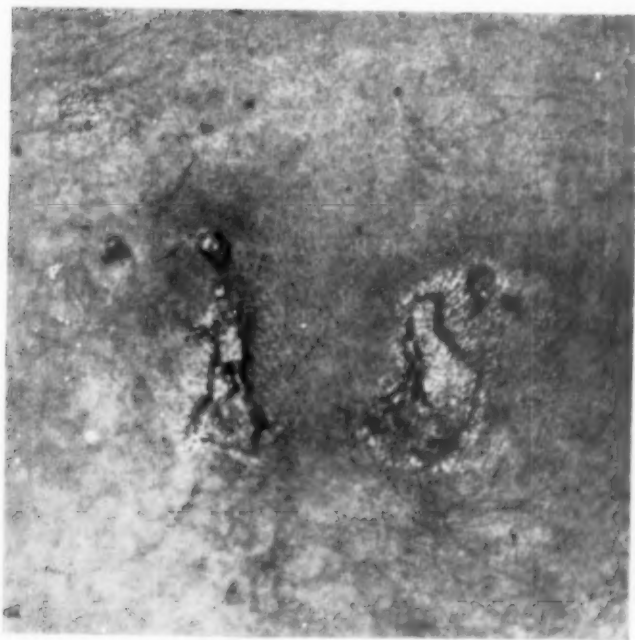
Fizemos, também, teste tuberculínico (Dr. Candido de Oliveira e Silva), positivo só na diluição de 1/1 000 (normal). Após êste teste, o paciente tomou 60 doses de BCG de 30 centg., 3 doses semanais. Repetido o teste tuberculínico, foi positivo 1/1 000 (+) e 1/100 (++).

— Reações sorológicas para lúes — negativas.

— Hemograma de Schilling — leucocitose discreta. Hemo-sedimentação normal.

— Exame de urina — normal (não havia albuminúria).

Tratamento. Em agôsto de 1952, iniciou o Solganol B oleoso a 2% — 3 vidros (até 25-11-52), na dose inicial de 0,10 cc, de 4/4 dias, em doses cres-

Fotografia n.º 1

Fotografia n.º 2

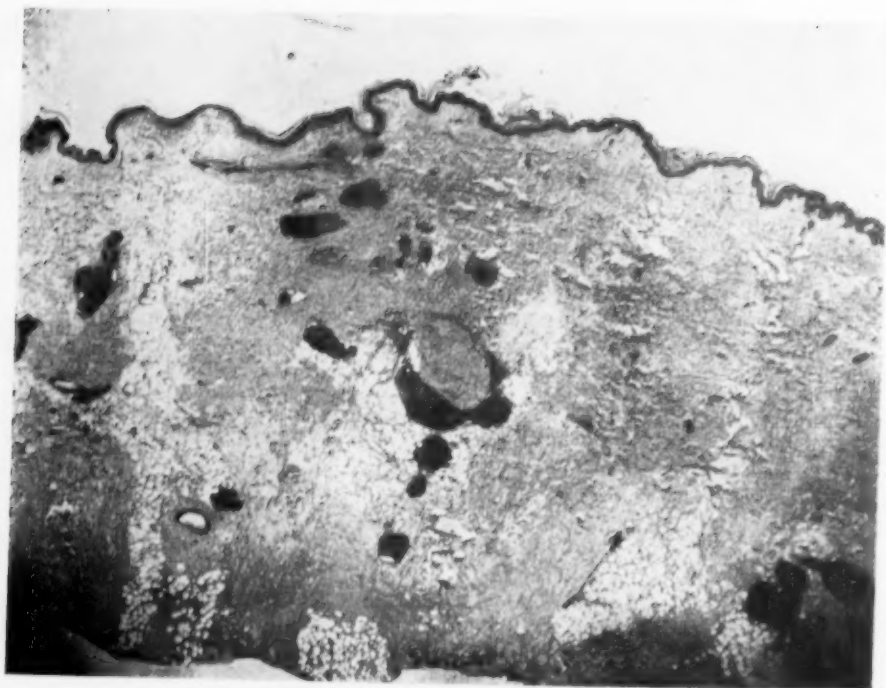



Fig. 1 — Aspecto de conjunto do corte histológico. Vê-se nitidamente os nódulos linfocitários, penetrando na hipoderme, bem como a reabsorção do tecido adiposo.

Fig. 2 — O mesmo corte anterior, mostrando a atrofia córnea da epiderme,a congestão vascular e os nódulos linfocitários. X 100.

Fig. 3 — O mesmo corte anterior. Vê-se o colágeno fragmentado em blocos poligonais cercados por substância basófila (pré-necrose). X 200.

centes até atingir 1 cc de 6/6 dias. Sterogyl (gôtas) — 2 vidros (10 gôtas 2 vêzes ao dia).

RESULTADO. Este doente, que, em dezembro de 1952, teve alta para observação, devido à regressão clínica das lesões, continua em observação até hoje, tendo sido revisto por nós em abril do corrente ano (1955), com as lesões em perfeita regressão, estabilizadas. A regressão foi a seguinte: primeiramente, as lesões desinfiltraram-se, da periferia para o centro, até atingir a zona já em estado de atrofia intersticial, e aplanaram-se no mesmo nível que a pele sã circunjacente. Em seguida, com a continuidade de tratamento, regrediu o eritema e a descamação queratósica central, restando resíduo atrófico-cicatricial até certo ponto discreto há já 2 anos e meio. Cessaram completamente os sintomas subjetivos e não surgiram lesões novas. Tempo de observação clínica, depois da regressão das lesões: 2 anos e 4 meses.

COMENTÁRIOS

Sob o ponto de vista clínico, o caso presente deve ser avaliado sob vários aspectos, para que se possa tentar situá-lo.

Acreditamos tratar-se de uma forma de eritematodes profundo, de evolução crônica e benigna, pelas razões que passaremos a expor:

1.°) — O paciente não apresentava qualquer sinal ou sintoma clínico que nos levasse a aceitar, pelo menos, ser uma forma *subaguda* do eritematodes: *ausência* de febre, de artralgias ou dores reumatóides, de mialgias, de ostealgias, de cefaléia, de calafrios, de astenia, de emagrecimento, de edemas (quer palpebral, quer dos membros inferiores); ausência de adenopatias, de amidalite e de síndromes alérgicas, para citar sòmente aquêles sinais que, se por ventura presentes, nos levariam a pesquisas mais pormenorizadas do caso.

2.°) — Sob o ponto de vista dermatológico, as lesões apresentavam o quadro clínico objetivo que já descrevemos na observação clínica. Havia ausência absoluta de telangiectasias, púrpura, necrose, ulceração e bôlhas. O eritema das lesões era discreto. As lesões eram cutâneas, *disseminadas* (dorso e braço), profundas, dermo-hipodérmicas, infiltradas, com a área central deprimida e acentuadamente atrófica, e a periferia elevada, delimitada apenas pelo relêvo da infiltração marginal. Com a regressão clínica obtida pelo tratamento exposto, nos sítios das lesões anteriores, além da cicatriz clássica de atrofia intersticial das lesões de superfície, notava-se evidente depressão ou abaulamento destas cicatrizes por colapso dos tecidos hipodérmicos devido à reabsorção involutiva cicatricial nos planos profundos.

3.°) — Sob o ponto de vista laboratorial, os exames complementares, que requisitamos, nada revelaram de interêsse para prosseguirmos em maiores pesquisas: hemograma normal (*não* apresentava nem anemia, nem lecopenia, nem trombocitopenia), hemo-sedimentação normal, exame de urina completo normal, teste tuberculínico normal.

4.°) — Somos de opinião que em o caso em questão trata-se, sem dúvida, de um eritematodes profundo, de evolução crônica que, como já em outros da literatura, se situa dentro da lesão benigna não febril, apresentando lesões de superfície típicas, em placas infiltradas e hipodérmicas.

RESUMO

O autor apresenta observação de caso de *eritematodes profundo* como uma variedade clínica da forma benigna não febril do "lúpus eritematoso profundo". O assunto é, atualmente, discutido e controvertido e vem sendo estudado e defendido por outros e pela escola dermatológica brasileira.

Clinica e histològicamente o caso apresenta lesões de superfície e de profundidade típicas (plantas infiltradas hipodérmicas), como documentam as fotografias clínicas e microfotografias que ilustram a publicação.

A sintomatologia clássica das formas benignas e crônicas e a resposta terapêutica confirmam o diagnóstico clínico.

Nos comentários finais, justifica e argumenta porque situar o caso em questão na variedade clínica apresentada.

Endereço do autor: rua das Laranjeiras, 490 (Rio)

Artigo especial

Visita a Clínicas Dermatológicas da Europa Latina

R. N. Miranda

PORTUGAL — Partindo de Santos, no dia 16 de dezembro de 1952, no navio italiano "Anna C", componentes da "Segunda Excursão de Professôres Brasileiros à Europa", chegamos a Lisboa no dia 28 do mesmo mês. Pela manhã, já avistávamos a costa portuguêsa, dando entrada, às 14 horas, no Tejo, com a imponência da Tôrre de Belém e a magestosa arquitetura do Mosteiro dos Jerônimos, que nos recordavam a epopéia dos navegadores portugalenses, dos seus notáveis descobrimentos, entre os quais estava a origem de nossa Pátria.

O dia seguinte foi destinado a visitas culturais, sendo que, durante elas, procuramos nos aproximar da Cátedra de Dermatologia da Universidade de Lisboa. Estavam em férias de Natal, tendo se ausentado de lá o Prof. Dr. Juvenal Esteves, titular da Cadeira. Tivemos o prazer de conhecer, então, no dia 30, conceituado dermatologista lisboeta, o Prof. Dr. Augusto de Esaguy, Catedrático de História da Medicina. Êste Professor, exemplo vivo da cultura e da fina educação portuguêsa, proporcionou-nos visitar dois grandes serviços especializados, quais sejam o Instituto Português de Oncologia e a Clínica Dermatológica do Hospital Santo Antônio dos Capuchos. O Prof. de Esaguy ofereceu-nos diversas obras de autoria sua e de sua erudita Espôsa.

Instituto Português de Oncologia. Êste magnífico estabelecimento de assistência médico-hospitalar e de pesquisas na luta contra o câncer consta de dois grandes edifícios modernos, onde funcionam ambulatórios de tôdas as clínicas e existem 324 leitos. Pertence ao Govêrno Central e é dirigido por um professor da Universidade de Lisboa, o Dr. Francisco Gentil, titular de Clínica Cirúrgica. Está o Instituto dotado de todos os requisitos modernos para

---

Professor Catedrático de Clínica Dermato-Sifilográfica da Universidade do Paraná (Curitiba).

o diagnóstico, o tratamento e o estudo acêrca da terrível moléstia que é o câncer, verificando-se, pela visita feita, imperar a ordem e o asseio naquele estabelecimento. Consultando-se, ainda, as publicações científicas do estabelecimento ("Arquivos de Patologia" e "Boletim do Instituto Português de Oncologia"), verifica-se o grande volume de serviço ali desenvolvido, com cêrca de 8.000 consultas por mês e onde a curabilidade do câncer atinge quasi 50 % dos casos tratados !

O Instituto está localizado no bairro de Palhavã e é seu grande animador o Prof. Gentil, que, com seus 75 anos de idade, empresta suas energias e sua experiência de médico e de administrador a essa grande luta que a humanidade tem com uma grave enfermidade.

Ao Prof. Francisco Gentil e ao Dr. Mário de Andrade (que nos mostrou minuciosamente o estabelecimento), consignamos os nossos agradecimentos, aqui de longe.

Clínica Dermatológica do Hospital Santo Antônio dos Capuchos. Visitamo-la no dia 31 de janeiro. Está instalada em um velho convento, situado no bairro de Santana. E' seu chefe o Prof. Manoel Carrasco, assistido por mais dois médicos especialistas. Consta de duas amplas enfermarias, dois ambulatórios, um laboratório, um museu dermatológico, um gabinete fotográfico e salas de direção. As instalações, apesar de modestas, são limpas e o ambiente denota trabalho e estudo. Impressionou-nos bem a cultura especializada do Prof. Carrasco e de seus Assistentes, bem como a maneira delicada e zelosa com que são tratados os doentes. Examinamos juntos, lá (também em companhia do colega brasileiro Dr. Sobral), casos de pênfigo vulgar, ictiose, eritematodes, neurodermite, tinhas (que são muito freqüentes em Portugal, especialmente as tricofíticas), úlcera de perna. E' freqüente, lá, a pelagra. Pouco freqüentes são a tuberculose cutânea e a esporotricose. Encontramos alguns leitos desocupados — fato raro nas clínicas brasileiras.

O Prof. Carrasco, justificando as instalações modestas do serviço, — que para nós foram satisfatórias, pois o da nossa Cátedra é muito inferior àquele —, disse que se tratava de um velho convento e que, apesar de tudo, "se não fôssem os conventos, Portugal hoje não teria hospitais e quartéis...".

Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Visitamos, em seguida, essa casa universitária. Situa-se no Campo de Santana, tendo próximo o Hospital Escolar velho. E' um grande edifício de construção não muito antiga, que tem matriculados 1.200 alunos, sendo 300 os do sexo feminino. Estava tudo em silêncio, pois perduravam as férias de Natal. Mesmo assim, conversamos com o Bibliotecário, que nos mostrou a excelente Biblioteca da Faculdade, caprichosamente catalogada, onde vimos obras famosas e "Tratados brasileiros" que nos eram desconhecidos. Conversamos, ainda, com o Docente-livre de Histologia, que nos mostrou o laboratório dessa Cadeira e um anfiteatro de aulas. Êsse professor teceu calorosos elogios ao Brasil. Em conversa, na mesma Faculdade e

nos Hospitais, soubemos que a socialização da Medicina em Portugal, que cresce dia a dia, não agrada a todos os profissionais e que os honorários dos professôres universitários são insatisfatórios, pois o maior dêles não ultrapassa sete mil escudos (nove mil cruzeiros na nossa moeda).

Notamos que é ardente desejo dos portuguêses cultos o de conhecer o Brasil. Os portuguêses menos favorecidos querem, todos, emigrar para nossa Pátria.

Hospital Escolar. E' um notável e colossal edifício de construção moderna, quasi concluído, situado nos limites do perímetro urbano de Lisboa, no Bairro de Campo Grande, onde funcionarão os cursos da Faculdade de Medicina e os serviços hospitalares da mesma. A construção é prevista para permitir o funcionamento das atividades escolares e a dotação com 1.500 leitos para doentes.

Soubemos, com pesar, que há um "impasse" que obstrui a conclusão e o funcionamento imediato dessa grandiosa obra, a qual será, também, construída em Coimbra e no Pôrto (sedes das duas outras Universidades lusitanas). E' que o Govêrno deseja subordinar o hospital-escola ao Ministério do Interior, privando-o da alçada educacional a que deveria pertencer. O Prof. Francisco Gentil, que já conhecemos do Instituto Português de Oncologia, e o qual concebeu e dirigiu tècnicamente a execução da grande obra, muito lastima êsse fato, que constitui um embaraço ao progresso do ensino e da assistência técnica hospitalar .

Nós também lamentamos o que se passa com o Hospital Escolar ou do Campo Grande, numa Nação, como a portuguêsa, que tem alguns séculos mais que o nosso Brasil. E percebemos que a nossa administração herdou, possivelmente, dos bravos ancestrais lusitanos, êsses vícios burocráticos que, em exemplos múltiplos em todo o Brasil, inclusive no nosso Paraná, tanto têm impedido o nosso progresso científico e econômico, tanto têm prejudicado a existência de nossas cidades universitárias, a abertura de nossos hospitais e escolas, a construção de nossas estradas.

* * *

A 2 de janeiro chegamos em Coimbra. No dia seguinte, enquanto os excursionistas visitavam os logares históricos da cidade, fomos à Universidade, que vimos ràpidamente, e ao Serviço do Prof. Mário Simões Trincão, que passamos a descrever:

Clínica Dermatológica da Universidade de Coimbra. Está situada em um grande pavilhão do Hospital dos Olivais, compreendendo ambulatórios e quatro enfermarias. Visitei pormenorizadamente essa Clínica, onde se vê o desejo de praticar boa medicina e fazer pesquisas dermatológicas. Palestramos demoradamente com o Catedrático, Prof. Mário Simões Trincão, e com o seu Chefe de Clínica, o Prof. Artur Leitão, aos quais demos nossos trabalhos e fo-

tografias da Universidade do Paraná, recebendo, em troca, numerosas publicações de suas autorias.

Têm êles 120 alunos de ambos os sexos. Falaram sôbre o "problema das tinhas" em Portugal, onde são freqüentes, e, juntos, vimos casos de favo (o primeiro para mim, pois essa micose é raríssima no Brasil), tuberculose cutânea, psoríase e dermatoses comuns. Acham que o melhor tratamento externo para o eczema é o coaltar em aplicações externas.

A pelagra é mais ou menos freqüente ali. Há casos de lepra. (Soube, depois, que há 2.000 leprosos conhecidos em Portugal). As moléstias venéreas rareiam.

Êsses professôres mostram-se interessados por dois trabalhos que estão sendo realizados na Clínica Dermatológica da nossa Universidade: o tratamente do eritematodes crônico pela Atebrina e o tratamento da úlcera de perna pela auto-hemoterapia tópica. Prometemos enviar-lhes os trabalhos atuais sôbre o assunto e os resultados das investigações futuras.

Interessante é a maneira rigorosa de consagrarem especialistas em Portugal. E' obrigatório o estágio de um ano em Clínica Cirúrgica, outro ano em Clínica Geral, três anos na especialidade, após o que é feito um exame perante cinco examinadores especialistas, constituídos em banca permanente para todo o país. A carreira de Professor também é dura: após cinco anos de Assistente, o auxiliar de encino é obrigado a um concurso, que o torna 1.° Assistente, cargo que é vitalício. O 1.° Assistente pode concorrer à Cátedra, quando vaga, ou a Professor Extraordinário, em qualquer tempo.

Universidade de Coimbra. Foi fundada em Lisboa, em 1290, pelo rei Don Diniz, e, em seguida, levada para Coimbra. E' a mais antiga de Portugal, mantendo todos os cursos, menos o de Engenharia. Visitamo-la, todos os excursionistas, sendo recepcionados pelo seu Magnífico Reitor, que saudou aos brasileiros.

A velha Universidade está conservada e é uma obra de arte. Sua Biblioteca parece mais um templo magestoso; ali estão conservados volumes antigos e modernos, dos quais há outras edições em outro departamento aberto à consulta. O salão nobre, muito antigo e bonito, é digno de ser visto, bem como a igreja do estabelecimento. Entretanto, o Govêrno português está construindo uma moderna cidade universitária no mesmo local (que é um grande outeiro de onde se domina o rio Mondego). Já está pronta a Faculdade de Letras e estão em obras o Hospital e a Faculdade de Medicina.

E' interessante assinalar que, na Europa, o conceito de universidade é menos amplo que para nós. Levando em consideração que a Universidade de Coimbra, a primeira em antiguidade e importância, de Portugal, até hoje não tem curso de Engenharia; a de Salamanca, que ao ser fundada, em 1253, só tinha dois cursos; a de Veneza, que até hoje só tem Belas Artes, Finanças e Letras; vemos que, no Brasil, a idéia de *universidade* abrange conceito mais

amplo e organização mais completa, exigindo pelo menos a existência dos principais cursos superiores, como Medicina, Odontologia, Farmácia, Direito e Engenharia.

Recepção na Clínica Santa Cruz. Na noite de 3 de janeiro, o Prof. José Bacalhau, Catedrático de Clínica Cirúrgica da Universidade de Coimbra, ofereceu, na Clínica Santa Cruz, grande estabelecimento particular de medicina e cirurgia de que é Diretor, uma grande recepção aos excursionistas brasileiros, terminada por um prolongado banquete. Após a palavra do ofertante, vários brasileiros usaram do verbo. Os nomes do Brasil e de Portugal, e da ciência médica, nos dois países, foram alvos de calorosos elogios. O autor, usando da palavra, fêz um agradecimento em nome dos paranaenses presentes e exaltou as duas cidades líderes da cultura universitária das pátrias irmãs: Coimbra e Curitiba, sedes, respectivamente, em 1290 e 1912 das primeiras universidades de Portugal e do Brasil.

Na manhã seguinte, bem cedo, deixamos a histórica cidade e seguimos rumo a Salamanca, na Espanha.

* * *

ESPANHA — *Universidade de Salamanca.* E' a quarta universidade do mundo em antiguidade, tendo sido construída em 1253, ao mesmo tempo em que o foi a Catedral da mesma cidade. Catedral e Universidade são lindas obras de arte, manifestando o mesmo impulso educativo. Ali, nota-se bem a influência da religião católica no despertar cultural da Europa Latina.

Ao ser fundada, a Universidade só tinha os cursos de Letras e de Direito. O de Medicina só veio ter por volta de 1880, estando sua Faculdade instalada em grande e artístico edifício independente, tendo ao lado um regular hospital de clínicas.

Salamanca é uma cidade que desperta curiosidade, pois, não sendo muito grande, possui notabilíssimos templos. Os numerosos edifícios universitários se confundem, pelo estilo e tamanho, com as catedrais, e múltiplas são as construções antigas em caprichoso estilo arquitetônico. Vê-se que, há muito, tempo, houve ali um notável movimento de fé e cultura, que erigiu grandes obras e que se impregnou em suas fachadas. Tudo ali respira êste hábito de religião e ciência que se conserva através dos séculos...

Clínica Dermatológica da Universidade de Salamanca ("Servicio de Enfermedades de Piel y Venereas"). Funciona no Hospital da Faculdade de Medicina, situado na "Calle Fonseca", sendo seu Catedrático o Prof. Tomás Cortés Hermandes e freqüentado por 100 alunos. Visitei-a muito superficialmente, pois estava fechada devido às férias de fim de ano. Em seguida, procurei a Professor, em sua residência, com êle palestrando longamente, depois de oferecer-lhe trabalhos dermatológicos de nossa autoria e fotografias da Universi-

dade do Paraná. Da conversa que mantivemos fiquei sabendo que as moléstias venéreas diminuem muito em Espanha; a esporotricose é rara; poucos são os casos de lepra que aparecem nos serviços.

* * *

Cátedra de Dermatologia e Venereologia da Universidade de Madrid. Em companhia do Dr. Gerardo Jaqueti del Pozo, adjunto da Cátedra, de que é titular o conhecido dermatólogo Prof. José Gay Prieto, que, na ocasião, se encontrava na Suíça, visitei, a 8 de janeiro, os serviços da Cátedra dermatológica de Madrid. Os serviços de ambulatório, de pesquisas e a biblioteca estão situados no "Hospital San Carlos", à rua Dr. Mata, n.º 2. O Serviço hospitalar está instalado no "Hospital San Juan de Dios" e consta de um grande pavilhão com várias enfermarias. Em ambos são instruídos os alunos, em número de 300, pelo Professor e 10 Assistentes. Foram examinados por nós casos muito interessantes: moniletrix, porfíria cutânea (iniciada por lesões bolhosas e seguida de atrofia e mutilações das extremidades, lembrando uma esclerodactilia ou a esclerodermia), poicilodermia com dermato-miosite. Havia numerosos casos de "tinha", especialmente tricofítica, afirmando o Dr. Jaqueti que as produzidas pelo "Microsporon Audoini" não curam com tratamento medicamentosos. Em 1% dêsses casos, ocorre o favo. Vimos 3 casos de lepra, lá internados, 4 de lupo tuberculoso, um de tuberculose verrucosa, que o Dr. Jaqueti desaconselha irradiar, devido ao perigo tardio de cancerização, mesmo 15 anos depois! Nesses casos, prefere a destruição pelo cautério. Sífilis e leishmaniose existem pouco em Espanha.

Academia Espanhola de Dermatologia e Sifilografia. Está situada em Sandoval, 7, Madrid. É seu atual presidente o Prof. Orbaneja, de Barcelona. Trata-se de um prédio pertencente ao Govêrno Central, onde funciona, também, ambulatórios de Venereologia, que visitamos. A sala de reuniões da Academia é pequena e recebe seus associados duas vêzes por mês.

Cidade Universitária. Visitei-a a 9 de janeiro. É monumental, pelo tamanho dos edifícios e pela área ocupada, estando quasi tôda em vias de conclusão. Situa-se nos arredores de Madrid, em Moncloá.

Seu estilo arquitetônico é o castelhano. Sobressai, ao centro, o edifício do museu, que mais parece uma grande catedral. O hospital clínico regula em tamanho com o de Lisbôa, tem 8 pisos, funcionando, em seus primeiros pavimentos, serviços de ambulatório, enquanto o restante está em obras. Há pensionatos para alunos, chamados "colégios".

Estão funcionando já, na cidade universitária, as Faculdade de Medicina e a de Filosofia e Letras, e a Academia de Engenharia Naval.

Um estrangeiro, que lá estuda, explicou-me que os professôres não estão satisfeitos com as novas instalações da Universidade, pois gastam, em meios de transporte, as 2.000 pesetas que ganham por mês:

A Espanha tem oito universidades, tôdas com curso médico.

A todos os serviços visitados foram oferecidos trabalhos brasileiros e fotos da Universidade do Paraná, bem como enviados, pelos correios, ao leprosário San Francisco de Borja, na Província de Alicante.

FRANÇA — *Hospital São Luiz.* A 15 e 16 de janeiro visitamos êsse célebre hospital, onde está instalado o serviço dermatológico que foi, a bem dizer, o berço da Dermatologia na França. Chefia o serviço o atual Catedrático de Clínica Dermatológica e Sifilográfica da Universidade de Paris, o Prof. Robert Degos, a quem demos trabalhos e fotografias. Visitei demoradamente o museu dermatológico, onde se contam muitas centenas de "moullages" de casos clínicos, o que é muito instrutivo. Assisti a uma reunião de dermatólogos, no novo pavilhão clínico da Cátedra, onde estavam presentes o Prof. Gougerot, o atual Catedrático e muitos dos melhores dermatologistas de Paris. Vimos a discussão, muito proveitosa, sôbre casos de dermatomiosite, líquen plano (com lesões discrômicas), pênfigo eritematoso, eritema duro de Bazin (ao qual Degos atribui causa ubiquitária), sífilis terciária e muitos outros.

A Clínica Dermatológica do Hospital São Luiz compreende: ambulatórios, serviço de internamento, museu, pavilhão de lepra e pavilhão-anfiteatro. Foi, de tôdas as que visitamos na Europa, a maior que vimos.

Instituto Pasteur de Paris. Dia 17, visitamos o Serviço do Dr. Chaussinand, no Instituto Pasteur. Conversamos prolongadamente com seu assistente, o Dr. Michel Viette, pois o primeiro estava em Berna. Têm eles 100 doentes de lepra em tratamento e o Laboratório de pesquisas leprológicas. Usam o D.D.S., o "Rimifon" e o Tb1, no tratamento da lepra. Preferem, entretanto, o primeiro, que administram iniciando com doses pequenas, cuidado ao qual atribuem a raridade das reações lepróticas em seus doentes (informação do Dr. Viette). Estão estudando uma prova de hemoaglutinação na lepra e inoculando, experimentalmente, o bacilo de Stephansky em peixes (carpas e oturos).

SUIÇA — Nesse país visitamos sòmente a Universidade de "Genève", que tem seus vários institutos em edifícios isolados, sem o característico de cidade universitária, e o Prof. Werner Jadassohn, Catedrático de Dermatologia, em sua residência.

Da conversa tida com êsse mestre, filho de um outro mestre famoso, e dos trabalhos que lemos, elaborados na Clínica Dermatológica Universitária, concluimos ser "Genève" um grande centro de pesquisas da especialidade.

O Prof. Jadassohn tem 130 alunos e 7 Assistentes. Fêz muitas perguntas sôbre a Dermatologia no Brasil, interessando-se pelo trabalho paranaense sôbre o tratamento do eritematodes pela Atebrina. De seu modo de pensar e suas observações anotamos o seguinte: ainda prefere o tratamento pela crisarrobina no psoríase; não há quasi "tinhas" nem sífilis na Suíça; desconhece os trabalhos sôbre o tratamento das "tinhas" pelo "metaphen" e pelo óleo de sapucainha (trabalho brasileiro).

Ofereci-lhe nossos trabalhos e fotos da nossa Universidade.

Universidade de Veneza. Visitamo-la a 25 de janeiro, onde os professôres brasileiros foram recepcionados, com honrarias, pelo seu Reitor. A Universidade só conta com os cursos de Belas Artes, de Letras, e de Finanças, onde faz especialização um professor brasileiro. Vemos, mais uma vez, o conceito restrito de universidade que se observa nesses países europeus. Em Pádua, que pertence à mesma província de Veneza, há outra universidade, onde funciona curso médico. Ao titular de Dermatologia, foram enviados trabalhos nacionais. Partimos, em seguida, para Nápoles.

Não foi possível visitar a Clínica "Dermosifilopática" da Universidade de Nápoles, dois seu professor, o Dr. Mário Monacelli, ausentou-se no dia em que pretendíamos procurá-lo. A êle foram enviados, pelo correio, os trabalhos que desejávamos entregar-lhe pessoalmente.

Excursionando à ilha de Capri, tivemos oportunidade de ver, na rua, crianças desnutridas, co mquadro dermatológico da hipovitaminose A.

Clínica "Dermosifilopática" da Universidade de Roma. A 31 de janeiro, visitei, em sua residência, o Professor Mari Sannino, chefe de clínica da Cátedra de Dermatologia, trocando idéias sôbre a especialidade, na Itália e no Brasil, e combinando uma visita aos serviços da cadeira no "Policlínico", o que fizemos a 2 de fevereiro.

"Il Policlínico" é um grande conjunto de edifícios de 2 ou 3 pavimentos, onde funciona a maioria dos serviços clínicos da Faculdade de Medicina e que faz parte da Cidade Universitária de Humberto I, e, ainda hoje, constituem um excelente conjunto de ambulatórios e serviços hospitalares. É diretor da Clínica Dermato-Sifilográfica o Professor Catedrático Lodovico Tommazi, nome acatado na Dermatologia mundial, com quem palestramos.

A matéria é prelecionada no 5.° ano, a cêrca de 300 alunos. Num dos ambulatórios vimos casos de eczema (ainda consideram as eczemátides, na Itália), craurose vulvar, dermatite de Dühring, angioma. Após o exame no ambulatório, todos os casos são encaminhados, sem diagnóstico, ao Diretor.

Nas enfermarias, acompanhou-nos o Dr. Wazzaro, colega bastante curioso e erudito, com o qual vimos casos de pênfigo vulgar, "Dühring" eritrodérmico, elefantíase do pênis de causa obscura,

eritematodes agudo disseminado, eritematodes fixo subagudo, eritema indurado de Bazin, lúpus tuberculoso, eczema e caso pró-diagnose, lembrando xeroderma pigmentoso.

O Prof. Sannino afirmou ser muito rara, atualmente, na Itália, a blenorragia, sendo freqüente uma outra forma de uretrite não gonocócica e não venérea (uretrite de Welsch). A sífilis é, igualmente, pouco ou nada encontradiça. É rara a esporotricose; as "tinhas" existem muito pouco; há alguns casos autóctones de lepra.

Os problemas mais sérios, segundo vários especialistas, são: as eritrodermias de todos os tipos, os pênfigos, o psoríase, do qual vimos um caso eritrodérmico e outro artropático, sendo que, no artropático, usam, com bons resultados, o "Chinioxone" Lepetit (substância cortisone-símile).

Muitas perguntas fizeram os italianos sôbre o Brasil e a Medicina em nossa terra. Mostraram-se interessados pelos nossos trabalhos e nossa literatura médica, solicitando intercâmbio científico. Desejaram conhecer os trabalhos brasileiros sôbre B.C.G., em dermatoses, e sôbre o tratamento do eritematodes pela Atebrina.

Clínica "Dermosifilopática" da Universidade de Firenze. Visitamo-la no dia 5 de fevereiro, sendo seu diretor o Professor Catedrático Dr. Enea Giuseppe Scolari, que nos acompanhou às enfermarias, junto com o Prof. Carlo Mazzanti, chefe de clínica.

O serviço funciona em um antigo convento do século XII, mas satisfaz. À visita, trocamos idéias sôbre os casos vistos, que foram de: psoríase (vulgar, disseminado e eritrodérmico), doença freqüente na Europa Latina; piodermites; "tinha" microspórica (2 casos). É rara esta micose ali, mas alguns casos têm aparecido ùltimamente, produzidos por "M. fellineum". A escabiose é rara, mas foi frequentíssima durante a guerra última, bem como os quadros de carência alimentar, incluindo o chamado "edema de fome". Nesse serviço estão sendo tratados casos de psoríase com extrato de pele em injeções, à semelhança do método de Filatow com bons resultados. Os casos de eritematodes agudo disseminado são encontrados, tendo aparecido 15 doentes num ano, um dos quais lá estava. Úlceras de perna e angiodermites, problemas que parecem universais, vimos vários casos internados, que são tratados com pincelagens de fucsina de Zihel, especialmente quando acompanhados de piodermite. Vimos vários casos de eczema agudo (por contacto e à distância, conforme temos observado). Havia ainda um caso de micose fungóide, outro sem diagnóstico, um de epidermólise bolhosa, bem como outros de piodermite vegetante e epitelioma ("blastoma", segundo o têrmo usado na Itália) da perna.

Em outra enfermaria vimos, ainda, vários casos de úlcera de perna e seu complexo clínico, linfodermia cutânea (lesões pruriginosas e liquenificadas), eritema pérnio (que é tratado com apli-

cações locais de "capsicum" e tratamento geral com vitamina E e "Padutina"). A acne rosácea, de que havia um caso, é tratada com massagem e neve carbônica; a linfodermia, com vitamina B-12.

O tratamento da sífilis é feito com bismuto e penicilina .

* * *

Nos dias 6 e 7 de fevereiro, estivemos em Gênova, a terra natal de Cristóvão Colombo.

Não nos foi possível visitar a Universidade ou qualquer de suas dependências, pois estivemos atarefados com os preparativos de embarque de volta ao Brasil. Nem mesmo pudemos deixar, ali, nossos trabalhos e fotografias da Universidade do Paraná, pois já não os tínhamos mais, por tê-los distribuído em todos os serviços visitados (e não visitados) anteriormente.

A 7, embarcamos no "Andrea C", com destino ao Brasil.

Endereço do autor: rua Bruno Filgueira, 376 (Curitiba).

Boletim da
Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia

Sessão de 30 de março de 1955

O Sr. Presidente declara aberta a sessão e agredece as palavras proferidas, na última reunião de 1954, pelo Presidente da anterior Diretoria. Declara que, no limite de suas possibilidades, tudo fará a fim de manter o elevado padrão científico que sempre caracterizou as atividades da S.B.D.S. Em seguida, lê ofício da Associação Médica do Distrito Federal, comunicando a eleição de sua nova Diretoria e convidando para a posse da mesma. Ainda no expediente, o Prof. Portugal pede a palavra para comunicar o falecimento do Prof. M. Favre, ocorrido no mês de dezembro p.p., em Lyon. Diz que o falecido, grande amigo do Brasil, adquiriu renome internacional como parte que foi na descoberta da "moléstia de Durand Nicolas e Favre". Continua tecendo comentários sôbre o valor dos estudos de Favre, os quais foram plenamente confirmados pela descoberta do teste de Frei. Outras moléstias ainda trazem a marca de Favre e muitos trabalhos de sua lavra lhe dão lugar de destaque na dermatologia universal. Mas é, sobretudo, a amizade e admiração pelo Brasil, para êle a "terra da promissão", o maior motivo de nossa tristeza e dêsse voto de pesar, que propõe seja enviado, por ofício, ao Prof. Gaté. Depois, é dada a palavra ao Prof. Ramos Silva, que propõe um voto de pesar pela morte do Prof. Gougerot, ocorrida em janeiro último, depois de 50 anos de exercício da especialidade, de modo brilhante, com obras, de relêvo internacional, de profundo pesquisador, cujo desaparecimento deixa de luto a dermatologia mundiall. Sugere que a S.B.D.S. envie mensagens de pesar não só à família enlutada, como ainda ao seu sucessor, o eminente Prof. Degos, de Paris. O Dr. André Mesquita pede a palavra, para um voto de pesar pelo passamento de Sir Alexander Fleming, cuja obra dispensa comentários e cuja morte enlutou a medicina mundial. Retomando a palavra, o Sr. Presidente declara julgar desnecessário submeter à votação as propostas apresentadas, certo de que os votos de pesar terão aprovação unânime pela Sociedade. Sugere seja também enviada à viúva Fleming uma carta traduzindo o nosso pesar pelo falecimento do eminente cientista.

ORDEM DO DIA:

MORBUS KAPOSI — PROF. J. RAMOS E SILVA

Faz a apresentação do doente, salientando a circunstância de ser o mesmo de côr negra, com lesões tumorais há 8 meses, localizadas nos membros inferiores, cujo exame histopatológico, feito pelo Prof. Portugal, revelou: retículo-endoteliose angiomatosa de Kaposi. Acentua que, apesar de ser dada como rara entre os negros, na tese do Prof. Azulay, dos 11 casos apresentados, temos 5 da raça negra. Ainda assim, parece que a incidência

é maior entre os brancos. No Distrito Federal, onde sua experiência é longa, a estatística mostra maior incidência entre italianos e descendentes de italianos. Em Buenos Aires, observa-se o mesmo. De modo geral, parece não haver realmente uma preferência racial. Quanto ao tratamento, os autores argentinos propuzeram o uso da penicilina. Neste paciente a penicilina (Benzetacil) determinou apenas melhora relativa das infecções secundárias e do processo inflamatório superajuntado. As lesões tumorais permaneceram inalteradas.

COMENTÁRIOS:

Dr. J. A. Villela Pedras — Indaga se foi tentada outra terapêutica, principalmente a radioterapia, pois, quando estagiário, em New York, com o Dr. Andrews, teve ocasião de observar 2 casos tratados pela radioterapia, com resultados imediatos e satisfatórios. Reconhece que a medicação não agiu sôbre a doença e sim sôbre as lesões, e que um dos casos vem sendo controlado há 10 anos pela radioterapia. Por êste motivo, sugere ao Prof. Ramos e Silva a tentativa de tal indicação.

Prof. J. Ramos e Silva — Agradece e diz que pretende fazer a extirpação cirúrgica da grande lesão tumoral, pois, ao seu ver, dificilmente cederá, de outro modo, fazendo, depois, irradiação sôbre as demais lesões, porque acredita que a radioterapia é a única solução até agora conhecida, embora nunca definitiva.

CASO PRÓ-DIAGNOSE — PROF. OSWALDO COSTA

Trata-se de portador de erupção eritematosa com discreta descamação e sensação subjetiva no lábio. Como única hipótese, o autor pensa em um caso de pitiríase rupra pilar.

COMENTÁRIOS:

Prof. J. Ramos e Silva — Felicita o Prof. O. Costa, concordando com a hipótese diagnóstica formulada. A falta de lesões típicas no dorso das falanges não invalida a seu ver o diagnóstico, pois essas lesões aparecem, às vêzes, tardiamente. Teve ocasião de acompanhar um caso de pitiríase rubra pilar na 1.ª infância, cujas lesões óstio-foliculares só vieram a aparecer na puberdade. Muitos outros sintomas igualmente característicos, mesmo na ausência de lesões óstio-foliculares, definem a moléstia, conforme já acentuou, há anos, nesta Sociedade. Por outro lado, o doente apresenta, na raiz dos pêlos do dorso do grande artelho E, queratose folicular. Para os dermatologistas clássicos, aí estão as lesões óstio-foliculares, necessárias para o diagnóstico. Além disso, o paciente apresenta uma secura excessiva dos lábios, que lhe parece interessante, pois êstes sinais fazem parte de síndrome de carência de vitamina A. Sem dúvida alguma, se há um medicamento, que dá bons resultados na pitiríase rubra pilar, é a vitamina A, que então nos daria certo grau de relação entre a secura dos lábios que o paciente apresenta com as suas lesões cutâneas. Daríamos, então, a vitamina A em altas doses, que melhoraria a dermatose até onde pode ser melhorada e, depois disso, sugeriria o emprêgo de óleo de chaumoogra, que também dá bons resultados nestes casos.

Dr. L. Campos Mello — Nem sempre as dermatoses chamadas carenciais cedem a tratamentos vitamínicos, mesmo quando polivitamínicos. E' que o problema não é sòmente de quantidade ou mesmo de qualidades das vitaminas. Concorrentes causas conexas de dismetabolismo e perturbações do mecanismo nutritivo íntimo estão associadas ao conceito puro e simples de carência. O fato do Prof. O. Costa não ter obtido resultado com o tratamento com vitaminas não implica, necessàriamente, que o caso não possa ser de pitiríase rubra pilar, por muitos considerada com dermatose carencial.

Dr. Jarbas A. Porto — Apesar de tratar-se de caso de apenas 4 meses de evolução, acha que faltam alguns elementos clínicos para que se torne possível firmar, com segurança, o diagnóstico de pitiríase rubra pilar. Sua opinião é de que o caso se aproxima mais de um quadro psoriosiforme do que do quadro de pitiríase rubra pilar. Sugere a biópsia, para esclarecimento do quadro, apesar da semelhança das lesões nas duas doenças. O fato do doente apresentar lesões nas áreas articulares, como cotovelos, joelhos e região coccigeana, pode fazer pensar no fenômeno de Köebener, que existe na psoríase e que acha provável poder existir também no pitiríase rubra pilar. As distrofias ungueais, as localizações das lesões, leva-nos a pensar mais na hipótese de um caso de psoríase do que na pitiríase rubra pilar. Sugere, ainda, o tratamento pelas vitaminas B, F e, principalmente, D2, com doses maciças para melhor observação no que se refere ao psoríase em contraposição à pitiríase rubra pilar.

Dr. Oswaldo Serra — Atendendo ao pedido de esclarecimento do Dr. Campos Mello, sôbre o emprêgo da vitamina A e da sua absorção, em casos de distúrbios metabólicos, expõe o que leu em trabalho do Prof. M. Fournier, sôbre relações das doenças da pele com as glândulas internas. Atualmente, não há a menor dúvida quanto ao papel importante da endocrinologia no estudo da dermatologia. Em corroboração ao que declara, cita o emprêgo, em larga escala, de hormônios adrenocórtico-trópicos, ACTH, cortisona, etc., nas dermatoses. Os dermatologistas, não há dúvida, descuidam-se no emprêgo de uma terapêutica de ordem clínica hormonal. O Dr. Fournier, no seu trabalho, relata casos de processos queratóticos do dorso e da planta dos pés, nos quais há associação de distúrbios metabólicos para o lado da tiróide e, às vêzes, paratiróides. São êsses distúrbios que influem na absorção da vitamina A, haja vista ser esta vitamina um dos medicamentos empregados nas disfunções tiroidianas, associada a hormônios tiroidianos. Dêsse modo, nos distúrbios tiroidianos há uma deficiente absorção de vitamina A, que será corrigida, de acôrdo com o Dr. Fournier, pelo emprêgo de vitamina A, e de vitamina E, que irá impedir a oxidação da vitamina A no organismo, inutilizando o seu efeito. Concluindo, sugere ao Prof. Oswaldo Costa, baseado no trabalho do Dr. Fournier, que corrija os possíveis distúrbios tiroidianos dos pacientes além de associar a vitamina E, para que a absorção da vitamina A não seja prejudicada, inutilizando, como já disse, o seu efeito.

Prof. Oswaldo Costa — Agradece a todos os colegas que comentaram o caso, no sentido de esclarecê-lo, tanto sob o ponto de vista clínico, como sob o ponto de vista terapêutico.

TERCEIRO CASO DE PINTA NA CLINICA DERMATOLÓGICA DA FACULDADE FLUMINENSE DE MEDICINA — Prof. R. D. Azulay e Dr. R. de Almeida Vilela

O doutorando Jacob Azulay lê a observação do caso. Trata-se de paciente do sexo masculino, de 65 anos de idade, solteiro, lavrador, natural do Estado do Rio. Apresenta uma história de cêrca de 5 anos, iniciando por uma rachadura da palma da mão. E, aparecendo, em seguida, lesões arredondadas hipercrômicas. Nega casos idênticos na família, antecedentes alérgicos e venéreos. Pelo exame dermatológico, nota-se, nas palmas das mãos, lesões confluentes hipercrômicas; nos dorsos, lesões irregulares hipercrômicas também confluentes, com lesões hipercrômicas salpicadas, principalmente nos dedos. Até o têrço inferior do braço esquerdo, há uma hipocromia de coloração arroxeada. O diagnóstico feito foi o de pinta. A pesquisa do treponema foi positiva, tanto na mão como na sorologia. Teste de Nelson positivo.

Comentários:

Dr. A. Padilha Gonçalves — Apesar de residir agora em São Gonçalo, por ocasião do aparecimento das lesões o paciente morava em Rio Bonito, e informa que, na sua infância, teve bouba. Crê que num caso dêsses, o Dr. Nery Guimarães faria o diagnóstico de framboeside ou bouba

tardia discrômica, baseado no critério epidemiológico, na procedência de Rio Bonito e na anamnese mórbida, que diz ter sido acometido de bouba na infância. Ao seu ver, porém, o diagnóstico continua sendo de pinta e nesse sentido influi principalmente ter sido a pesquisa do treponema positiva nas lesões. Nos casos de bouba de sua experiência, isto não tem ocorrido. Para o autor do comentário, a positividade do treponema nas lesões é básica para o diagnóstico das lesões tardias de pinta. A respeito do teste de Nelson, acrescenta que pesquisadores mexicanos realizaram o teste de Nelson em sôro de pintosos, com resultados semelhantes aos obtidos na sífilis. Adianta que, por intermédio do Dr. Portela, enviou sôro de pintosos para os EE.UU. e o resultado foi positivo.

TRATAMENTO DA LEISHMANIOSE PELA AUREOMICINA — Dr. Graccho Leite Gomes

Juntamente com fotografias, apresenta 3 doentes, nos quais o diagnóstico de leishmaniose foi comprovado por exames realizados no Instituto Oswaldo Cruz.

Com o intuito de combater as infecções secundárias em doentes de leishmaniose, empregou aureomicina. Ao observar a rápida cicatrização das lesões, meditou demoradamente sôbre o fato e verificou que só poderia responsabilizar, pela citada cicatrização, o medicamento usado para debelar as infecções secundárias, isto é, a aureomicina.

Aplicando sòmente êsse preparado em 2 doentes, com diagnóstico comprovado de leishmaniose e virgens de qualquer outro tratamento médico, constatou a cicatrização rápida das lesões cutâneas de leishmaniose.

Os casos apresentados são: um, de leishmaniose verrucosa do cotovelo; outro, de leishmaniose úlcero-vegetante; e o terceiro, também de leishmaniose bem extensa, cutânea e mucosa, ainda em tratamento.

Os dois primeiros casos mencionados já apresentam as lesões cicatrizadas.

O tratamento empregado foi de cápsulas de 250 mg, de 6 em 6 horas, de aureomicina, num total de 108 cápsulas, para o paciente de leishmaniose úlcero-vegetante; e de um total de 200 cápsulas, para o caso de leishmaniose verrucosa. Ressalta, porém, que, com a metade da dose empregado, já notara a cicatrização das lesões, prosseguindo, entretanto, na aplicação do medicamento, para consolidação da cura.

Comentários:

Dr. Almir G. Antunes — Felicita o Dr. Graccho, pela valiosa comunicação e lembra que os doentes que apresentam resistência aos tratamentos habituais da leishmaniose muito poderão se beneficiar pela nova orientação terapêutica. Sugere a utilização de antibióticos mais novos e de maior espectro além de serem menos tóxicos, que talvez apresentem melhores resultados. (Exemplos: a tetraciclina, a acremicina, etc.).

Dr. Jarbas A. Porto — Ressalta o interêsse da comunicação, que reputa ser uma das mais importantes apresentadas nos últimos anos, não só pelo interêsse que despertará entre os dermatologistas, principalmente quando forem seus resultados confirmados, como também solucionará um problema de interêsse nacional, portanto, de saúde pública, para o qual dispomos até agora de armas de relativa eficiência. Manifesta sua surpresa de sòmente agora um dermatologista patrício tentar tal medicação, o que lhe parece mais surpreendente que o resultado obtido. Aproveitando o ensejo, lembra que seria bem interessante o emprêgo dêsses antibióticos e outros medicamentos recentes nas dermatoses sem medicação específica, porque mesmo os resultados negativos seriam, para nós, informações experimentais valiosas. Sugere que, graças às facilidades que possui no Instituto Oswaldo Cruz, o Dr. Graccho realize experiências *in vitro* e por inoculações, para que, mais tarde, possa trazer à Sociedade êsses dados interessantes e que enriqueceriam a sua brilhante comunicação.

Dr. J. A. Villela Pedras — Enaltece o espírito de pesquisa do colega autor do trabalho apresentado e alvitra o prosseguimento de suas experiências, para que possa completar esta obra de grande valor para a dermatologia.

Dr. L. Campos Mello — Felicita o Dr. Gracho e classifica a observação apresentada como das mais brilhantes e que talvez nos permita fazer, daqui por diante, uma verdadeira campanha sanitária, contra a leishmaniose, até agora sem dispor de uma terapêutica verdadeiramente eficaz. Indaga do Dr. Gracho: 1) se observou regressão e sinais de evidentes melhoras nos primeiros dias do tratamento ou depois de determinado prazo e dose; e 2) se foi feita alguma pesquisa de leishmânia, no decurso do tratamento, para verificação da velocidade no desaparecimento dos parasitas.

Dr. Graccho Leite Gomes — Diz que sua resposta é rápida em relação aos tratamentos anteriores (cêrca de 1 mês) e declara que não foi feita qualquer pesquisa no decurso do tratamento. Agradece o interêsse manifestado pelos colegas, bem como as palavras de estímulo e as sugestões, e promete trazer, quando possível, dados mais concretos acêrca do assunto.

XII Reunião Anual dos Dermato-Sifilógrafos Brasileiros

De 27 a 30 de outubro último, teve lugar, na cidade de Salvador, a XII Reunião Anual dos Dermato-Sifilógrafos Brasileiros, cuja inauguração decorreu solenemente, no salão nobre da Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia, sob a presidência do Prefeito, Dr. Hélio Machado.

As sessões científicas, realizadas pela manhã e à noite, permitiram a apresentação de 27 trabalhos sôbre os temas oficiais, "eritematodes" e "leishmaniose", a saber:

1.º tema: ERITEMATODES

1) Lúpus eritematoso. Alguns aspectos insólitos — O. Costa (Belo Horizonte).

2) Um caso de lúpus eritematoso profundo — N. A. Guimarães e N. Piva (Salvador).

3) Lúpus eritematoso em Pernambuco — J. Lobo e S. Campos (Recife).

4) O eritematodes (conceitos antigos e modernos) — A. F. da Costa Júnior (Rio de Janeiro).

5) Histopatologia do lúpus eritematoso — S. A. P. Sampaio e N. Belliboni (S. Paulo).

6) Aspectos terapêuticos do lúpus eritematoso — N. Belliboni (S. Paulo).

7) Lúpus eritematoso e bouba — O. Orsini (B. Horizonte).

2.º tema: LEISHMANIOSE

1) O eletroproteinograma na leishmaniose visceral — J. de Figueiredo (Salvador).

2) Presença de leishmânias em pele normal de pacientes portadores de calazar — N. Piva e A. Rosa-Prata (Salvador).

3) Leishmaniose dérmica pós-calazar — A. Rosa-Prata e A. Domingues (Salvador).

4) Inquérito sôbre leishmaniose visceral em algumas cidades de Sergipe — J. de Figueiredo (Salvador).

5) Infecção natural em cães por leishmânia donovani, na cidade de Jacobina, Bahia — L. Lopes (Salvador).

6) Sôbre um caso de leishmaniose visceral — Anita G. Franco (Salvador).

7) "Phlebotomus Longipalpis" naturalmente infectados com formas em leptomas, na cidade de Jacobina, Bahia — J. Lopes (Salvador).

8) Investigação sôbre leishmaniose visceral no Estado da Bahia (Resumo histórico) — J. de Figueiredo (Salvador).

9) Reação intra-dérmica na leishmaniose tegumentar americana com uma fração poli-sacarídea isolada de "L. Brasiliensis" — T.A. Furtado e J. Pellegrino (B. Horizonte).

10) Estudo comparativo entre o teste de Montenegro com antígeno de "Leishmânia Brasiliensis" e de "L. Donovani", na leishmaniose tegumentar e no calazar — N.A. Guimarães e Maria H. Lima (Salvador).

11) Lesões ósseas de leishmaniose — N.A. Guimarães e Ives Silva (Salvador).

12) Hemo-reação com leishmânias (reação de Azulay). Um novo teste para o diagnóstico da leishmaniose tegumentar — N.A. Guimarães e Sara Goldstein (Salvador).

13) A leishmaniose tegumentar no Paraná (clínica e epidemiologia) — R.N. Miranda, C. Cunha e J. Schweidson (Curitiba).

14) Aspectos clínicos da leishmaniose e seu tratamento — S. Campos (Recife).

15) Uma classificação clínico-evolutiva da leishmaniose tegumentar americana — R.N. Miranda (Curitiba).

16) Tratamento comparado da leishmaniose tegumentar americana com "Lomidine" e "Glucantime". — O. Orsini e J. Aleixo (Belo Horizonte).

17) Observações sôbre a tolerância da N-Metil-Glucamina endovenosa na terapêutica da leishmaniose tegumentar — N.A. Guimarães e Gerson Pinto (Salvador).

18) Profilaxia e tratamento da leishmaniose — J. Aranha Campos (São Paulo).

19) Histopatologia da leishmaniose tegumentar americana — S.A.P. Sampaio, N. Wolmer e N. Belliboni (S. Paulo).

20) Subsídios para o estudo da história da leishmaniose na Bahia — O. Tôrres (Salvador).

O 1.º tema, eritematodes, mostrou que o assunto é sempre novo, difícil e fascinante, e os trabalhos apresentados despertaram vivo interêsse. O 2.º tema, leishmaniose, em que a Bahia é manancial tão rico, focalizou aspectos vários que interessam não só ao dermatologista como aos clínicos gerais, que acorreram, em grande número, prestigiando um congresso que era mais especializado, e numerosos casos provaram o progresso da terapêutica neste setor.

Na segunda parte do certame, houve apresentação de curiosos casos clínicos, todos de difícil diagnóstico e mostrando, com os exames cuidadosos, a orientação esclarecida da cátedra de Dermatologia da Universidade da Bahia.

Na parte social, os colegas de Salvador tiveram a ajudá-los os inumeráveis encantos da cidade.

Os passeios levaram os congressistas às ruas antigas de Salvador, ao mistério dos seus sobrados e ladeiras, às suas igrejas veneráveis, tesouros de arte e de tempo, e houve também os crepúsculos sem igual, o luar incomparável no "Cloc", a excursão a Itaparica, com almôço típico e visita aos poços petrolíferos, e a inesquecível noite no Abaeté, com a moça a cantar na areia branca, — coisas consideráveis que é preciso agradecer aos colegas da Bahia.

E mesmo que o congresso não tivesse sido, como foi, tão eficiente, com tantos trabalhos ótimos, tanta demonstração de cultura, assim mesmo compensaria ir à Bahia para receber a hospitalidade fidalga e atenta gentileza baiana e viver, por alguns dias, na ambiência amável de poesia que é só dêles, e é um repouso para os que os visitam.

Sejam estas palavras finais de louvor à comissão executiva da XII Reunião dos Dermato-Sifilógrafos Brasileiros, pelo sucesso científico e social do congresso, e os louvores e agradecimentos devem se estender às Snras. Newton Guimarães, Otávio Aguiar, Luiz Monteiro e Yves Silva, de inexcedível gentileza.

C.M.M.

Seção do Paraná

Sessão de 26 de junho de 1953

MICROBIOLOGIA DA ESPOROTRICOSE — DR. A. PINHO

O trabalho consta das investigações laboratoriais feitas sôbre diversos casos de esporotricose, procedentes de vários Municípios paranaenses e encaminhados de diversas procedências (Clínica Universitária e clínicas particulares). As investigações culturais evidenciaram tratar-se, em todos os casos, em número de 15, de "Sporotrichum Schenki", todos êles verificados nos anos de 1952 e 1953.

COMUNICAÇAO SÔBRE A EXISTENCIA DO PENFIGO FOLIACEO NO PARANA — PROF. R.N. MIRANDA (Clínica Dermatológica Universitária do Paraná).

"Um fato que vinha nos deixando curioso era a inexistência ou o desconhecimento de casos de pênfigo foliáceo no Paraná, até fins do ano de 1951, quando sabemos ser grande o número de naturais de S. Paulo e Minas Gerais (Estados vítimas dessa grave moléstia endêmica) que emigram para a zona Norte da Paraná.

Quando visitamos o Hospital "Adhemar de Barros", do Serviço de Pênfigo Foliáceo de São Paulo, em setembro de 1951, soubemos estarem ali internados alguns doentes idos de nosso Estado. Solicitamos, então, um informe pormenorizado sôbre êsses e outros doentes oriundos do Paraná, no que fomos gentilmente atendidos pela Secção de Arquivos do referido Serviço. Aqui consignamos as nossas felicitações e os nossos agradecimentos ao Dr. João Paulo Vieira e a todos que com êle colaboram.

Eis que ficamos surpresos ao receber — já em Curitiba — uma relação de 24 casos de penfigosos procedentes do Paraná e passados pelo Serviço de Pênfigo Foliáceo de S. Paulo! Admitindo a possibilidade de terem os doentes — ou pelo menos uma parte dêles — se infectado no Estado de origem, e sòmente ter-se dado o fenômeno da eclosão mórbida em nosso Estado, solicitamos novos informes, êstes sôbre o tempo de residência no Paraná. Fomos atendidos em seguida e, com o novo esclarecimento, pudemos saber que, vários dêles, residiam no Norte paranaense em tempo variável, isto é, de um a oito anos antes de se manifestar a doença. Nenhum dos 24 doentes, entretanto, era natural do Paraná, fato que nos deixou curioso.

Em 13 de maio de 1952, veio ter ao Dispensário de Doenças da Pele do Centro de Saúde de Curitiba um paciente, em estado eritrodérmico e exudativo (J.O.A., de 14 anos, branco, brasileiro, solteiro, lavrador), procedente da Assaí, Paraná, que foi examinado por mim e pelo Dr. Mário Gubert. Fizemos o diagnóstico clínico presuntivo de pênfigo foliáceo e internamos o doente no Hospital "Oswaldo Cruz", de Curitiba, onde êle ficou a ser tratado pelo Dr. Roseira Gomes que, juntamente com o Prof. Heitor Medina, vem acompanhando o caso até esta data. Êstes dois colegas

confirmaram o diagnóstico clínico que fizéramos, realizando os exames complementares indispensáveis e, embora tenhamos insistido com êles para comunicarem o caso à nossa Sociedade, não quizeram fazê-lo. Êste paciente é natural de Siqueira Campos, neste Estado.

Temos, portanto, no registro dêste último caso, um doente genuinamente paranaense, que afasta qualquer hipótese de se ter infectado em outro Estado, como se pensa em relação aos demais casos.

Tratando-se de moléstia cuja epidemiologia é a das doenças transmissíveis, é de se esperar que surjam novos casos e que o morbo venha a assumir a importância que assume em Minas, São Paulo e Mato Grosso.

Todos êstes dados foram fornecidos, por mim, ao Dr. Salustiano Ribeiro, do Departamento de Saúde do Paraná, que os incluiu numa comunicação apresentada ao X Congresso Brasileiro de Higiene, reunido em novembro de 1952, em Belo Horizonte, onde referiu a origem dos dados obtidos (Rev. do Depart. de Saúde do Paraná, ano II, n.º 2, 1952)".

CASO DE PÊNFIGO VULGAR, CURADO COM AUREOMICINA, ANTI-HISTAMÍSTICOS E OUTROS MEDICAMENTOS — Prof. R.N. Miranda (Clínica Dermatológica Universitária do Paraná).

"Em 11 de agôsto de 1951, deu entrada na enfermaria "Manoel de Abreu", do Hospital da Santa Casa (Clínica Dermatológica e Sifilográfica da Univ. do Paraná), o paciente A.B.D., de 67 anos de idade, branco, casado, lavrador, procedente de Porecatu, Paraná. A sintomatologia — erupção bulo-exulcerativa e crostosa, sendo as bôlhas de conteúdo purulento, em parte, — e os exames complementares (urina, sangue, biópsia, etc.), levaram-nos ao diagnóstico de pênfigo vulgar. Um tratamento inicial, com vitamina A e pomada de tanino, resultou, após um mês, em melhoria de 60% do quadro eruptivo. Trinta dias passados, êste recrudesceu; usaram-se anti-histamínicos (neo-antergan) e bromuretos, que atenuaram os sintomas. Novas exacerbações, acompanhadas de lesões pustulosas, cederam com séries de injeções de penicilina. No sétimo mês de internamento, o paciente começou a tomar aureomicina, na dose de 2 gramas por 24 horas, para o que nos inspiramos nos trabalhos de A.J. Philip, no pênfigo vulgar (Urol. & Cutan. Rew., 53:417(jul.),1949), de T. Lazar (Lancet, 259:856,1950), que curou, com tal medicamento, um caso de pênfigo agudo, e de Alayon & cols. (An. brasil. de dermat. e sif., 25:111(jun.),1950), sôbre o tratamento do pênfigo foliáceo com aureomicina. Durante dois e meio meses o nosso paciente tomou o antibiótico, melhorando lentamente, até ficar quasi curado. Com a interrupção do uso da aureomicina, por vinte dias, a doença recrudesceu, embora não tão intensamente como antes. Em seguida, o doente recebeu, alternativamente, aureomicina, penicilina, cloromicetina e sulfadiazina, nas doses terapêuticas usuais, durante mais cinco e meio meses. Ao fim dêste tempo, estava com o tegumento completamente livre de lesões ativas e, assim, foi observado por mais 10 dias, ao fim dos quais deixou o estabelecimento hospitalar e a Clínica.

Tratando-se de moléstia proverbialmente rebelde aos tratamentos, achamos conveniente e útil o relato dêste caso".

São apresentadas várias fotografias do doente, de antes e depois do tratamento.

OBSERVAÇÕES SÔBRE O TESTE COM A ESPOROTRIQUINA. POSSIVEL AÇÃO CURATIVA NA ESPOROTRICOSE (NOTA PRÉVIA) — Prof. R.N. Miranda e Drs. C. Cunha e J. Schweidson (Clínica Dermatológica Universitária do Paraná).

"Atualmente estamos revisando nossos conhecimentos sôbre *esporotricose*, um dos temas do próximo congresso a se realizar, em dezembro próximo, em nossa Capital. Os autores estão procurando fichar o maior número de casos de esporotricose, pedindo, para isso, a colaboração dos colegas da Cabouraud e a biópsia.

Para confirmação de diagnóstico usamos a esporotriquina do Prof. Carlos Lacaz, em injeções intradérmicas de O.10 cc., a cultura em meio Sabouraud e a biópsia.

O que deu motivo a esta "nota prévia" foi a verificação de melhoras relativamente rápidas e depois a cura completa de doentes que haviam se submetido sòmente ao teste pela esporotriquina (0.10cc), sempre com resposta positiva em casos de esporotricose.

O resumo das duas observações, que seguem, comprovam o que dizemos.

1.ª observação — L.B.S., brasileira, casada, com 48 anos de idade, natural de Santa Catarina e residente em Curitiba.

Procurou o nosso Serviço porque apresentava uma lesão no dorso do polegar esquerdo, seguida de outras, localizadas no punho e na face interna do antebraço e braço equerdos; início da 1.ª lesão há 2 meses, mais ou menos. Ao exame clínico notamos que a primeira lesão era uma goma ulcerada com secreção muito discreta. As demais lesões eram nodulares, dispostas ao longo da face interna do antebraço e do braço, até junto da axila. Contamos uma dezena de elementos de côr vermelho-violácea, alguns com leve flutuação.

Sintomas subjetivos: ardor e prurido, bem tolerados, ao nivel das lesões.

Em 13-10-52, fizemos teste com esporotriquina (injeção intradérmica 0.10 cc) — resultado fortemente positivo, após 24 horas. Cultura: positiva para "Sporotrichun". Biópsia: processo granulomatoso compatível com a esporotricose. (Dr. A. Tramujas).

Os exames de sangue e de urina nada acusaram de interêsse para o caso.

A paciente não recebeu qualquer outra medicação, porquanto as melhoras foram sensíveis nos primeiros 8 dias. Em 10-3-53 foi feita nova "esporotriquina", 0.10 cc, intradérmicos ainda, com resultado positivo. As lesões haviam sofrido regressão quais completa. Em junho último, foi retirado material, para exame, de uma cicatriz de lesão da face interna do braço, de que resultou: "processo atrófico da epiderme". As lesões estão perfeitamente curadas, com cicatrizes sinuosas e atróficas.

Bibliografia Dermatológica Brasileira

Estudo funcional da córtex supra-renal no pênfigo foliáceo pela prova do ACTH em quatro horas. Mario Antidio de Almeida. Arq. dermat. e sif. São Paulo, 16:3(jan.-jun.),1954.

Contribuição ao estudo de um novo sal de bismuto (oxi-iodo-salicilato de bismuto). José Ricardo Alves Guimarães, Décio Dias Fernandes e Décio Melhem. Arq. dermat. e sif. São Paulo, 16:15(jan.-jun.),1954.

Pênfigo foliáceo seguindo-se a vacinação anti-variólica. Mário Fonzari. Arq. dermat. e sif. São Paulo, 16:25(jan.-jun.),1954.

Ictiose e seu tratamento pela vitamina A sintética. Armin Niemeyer. O Hospital, Rio de Janeiro, 45:317(mar.),1954.

Terapêutica hidrazídica em tuberculosos-hansenianos. Silvano de Oliveira Lima. O Hospital, Rio de Janeiro, 45:709(jun.),1954.

Lúpus eritematoso disseminado (eritematodes disseminado). Estudo crítico. Luis Batista e Norberto Belliboni. O Hospital, Rio de Janeiro, 47:739 (jun.),1954.

Contribuição ao estudo da lepra hepática (estudo clínico). Luiz Marino Bechelli. Rev. brasil. de leprol., 22:1(mar.),1954.

Estudo comparado das lesões provocadas por suspensões de M. leprae e de M. tuberculosis, injetadas por via intradérmica, em cobaios prèviamente vacinados pelo B.C.G. — W. A. Hadler. Rev. brasil. de leprol., 22:109(jun.), 1954.

Efeito da vacinação pelo B.C.G. sôbre a evolução da lepra murina; observação em ratos inoculados, por via peritoneal, com pequena dose de M. leprae murium. W. A. Hadler e Lm. M. Ziti. Rev. brasil. de leprol., 22: 124(jun.),1954.

Aspectos neurológicos da lepra. Wilson Brotto. Rev. brasil. de leprol., 22:135(jun.),1954.

Revisão dos estudos experimentais sôbre a reação à lepromina relacionados com a natureza desta reação. J. Lopes de Faria. Rev. brasil. de leprol., 22:145(jun.),1954.

Reconstrução total do pavilhão auricular. A Duarte Cardoso. Rev. med. cir. São Paulo, 14:565(nov.-dez.),1954.

Dermatite verrucosa cromoparasitária. Antônio Louzada. An. Fac. Med. Pôrto Alegre, 12-13:91(jan.-dez.),1952.

Pruridermias e parasitoses intestinais. Newton A. Guimarães. Otávio G. Aiguiar e Cicero Geraldo Carneiro. O Hospital, Rio de Janeiro, 47:409 (abr.),1955.

Contribuição para o conhecimento do tifo exantemático neotrópico no Brasil. O Hospital, Rio de Janeiro, 47:433(abr.),1955.

Estudo das micides. Lain Pontes de Carvalho. Brasil-méd., 69:134(10-13 mar.),1955.

Tilose — Queratodermias plantares (alguns aspectos ortopédicos). Luiz Leão. Bol. Centro Estudos Hosp. Serv. Estado, Rio de Janeiro, 6:85(mar.), 1954.

Nesta lista bibliográfica são incluídos os trabalhos sôbre dérmato-sifilografia e assuntos correlatos, elaborados no país ou fora dêle, porém publicados nos periódicos nacionais, por nós recebidos.

Sôro-reações em leprosos usando como antígenos extrato de leproma Stefansky e culturas de bacilos ácido-álcool-resistentes. H.C. de Souza Araújo, F. Rocha Lagoa. Mem. do Inst. Osvaldo Cruz, 52:1,1954.

Isolamento e estudo experimental de duas novas culturas de bacilos ácido-álcool-resistentes de muco nasal de leprosos. H.C. de Souza Araújo. Mem. do Inst. Osvaldo Cruz, 52:9,1954.

Contribuição para o conhecimento das doenças do grupo tifo exantemático no Brasil. Otávio de Magalhães. Brasil-méd., 68:17(ag.-dez.),1954.

Algumas observações sôbre o tratamento da lepra, particularmente da forma tuberculóide, pela estreptomicina só ou associada à sulfona. J. Ramos e Silva e D. Peryassú. Brasil-méd., 68:19(ag.-dez.),1954.

Tratamento da leishmaniose pela aureomicina (nota prévia). Graccho Leite Gomes. Brasil-méd., 69:227 (9-28 maio), 1955.

Eczema por medicamentos tópicos. Lain Pontes de Carvalho. Hospital, Rio de Janeiro, 48: 23 (jul.), 1955.

Contribuição à geografia da histoplasmose no Brasil (Paraná e Santa Catarina). Paulo Paes de Oliveira. Hospital, Rio de Janeiro, 48: 105 (jul.), 1955.

Resultado do "Patch test" em 298 crianças, utilizando solução aquosa de sulfadiazina. W. B. Pereira da Silva, I. C. Rodrigues, J. Rosa, L. F. Sampaio Júnior, A. Rosa, J. de Campos Aguiar Filho e E. Rodrigues Maia. Hospital, Rio de Janeiro, 48: 123 (jul.), 1955.

Atividade de duas diamidinas aromáticas na blastomicose sulamericana. Carlos da Silva Lacaz, Sebastião A. P. Sampaio e Gildo del Negro, Hospital, Rio de Janeiro, 48: 163 (ag.), 1955.

Tratamento do cancro venéreo pela estreptomicina. Edgard Barbosa Ribas. Hospital, Rio de Janeiro, 48: 259 (ag.), 1955.

Alergides micóticas (a propósito de formas pouco freqüentes. Mario Rutowitsch. Bol. do Centro de Estudos do Hosp. dos Serv. do Estado, 6: 290 (set.), 1954.

Tratamento do micetoma pelas sulfonas. Antônio Carlos Pereira. Rev. Méd. de Juiz de Fora, 1: 20 (mar.), 1955.

Estudo de um foco de leishmaniose muco-cutânea na Baixada Fluminense (Estado do Rio de Janeiro). F. Nery-Guimarães. Mem. do Inst. Oswaldo Cruz, 53: 1 (maio), 1955.

Sensibility of the hamster (Cricetus auratus) to the Treponema pertenue. F. Nery-Guimarães. Mem. do Inst. Oswaldo Cruz, 53: 59 (maio), 1955.

Leishmaniose primitiva de localização genital e peri-genital. Newton A. Guimarães. Bol. do Hosp. das Clínicas da Fac. de Med. da Univ. da Bahia, 1: 14 (jan.), 1955.

Notícias

Doenças venéreas

ATIVIDADES DO SERVIÇO DE DOENÇAS VENÉREAS DA PREFEITURA DO DISTRITO FEDERAL, NO 2.º TRIMESTRE DE 1955

Dispensários	*Abril*	*Maio*	*Junho*
Casos diagnosticados	572	660	619
Sífilis	101	153	168
Sífilis primária	15	32	30
Sífilis secundária	7	6	7
Outras formas	79	115	131
Gonorréia	251	297	280
Cancro venéreo	196	192	152
Linfogranuloma	24	17	18
Granuloma venéreo	—	1	1
Total de comparecimentos de doentes	4.687	5.846	2.412
Exames de 1.ª vez	1.542	2.018	2.125
Exames de laboratórios realizados nos Dispensários	301	437	307
Injeções aplicadas	2.263	2.346	2.303
Hospital Eduardo Rabelo (C.T.R.)			
Pacientes hospitalizados	33	49	46
Altas	22	26	54
Exames de laboratório realizados no Hospital	84	110	108
Injeções aplicadas	441	1.058	1.140
Laboratório Central de Sorologia			
Reações sorológicas	3.215	4.058	4.242
Seção de Investigação Epidemiológica			
Contactos registrados	17	24	18
Visitas feitas a contactos	30	44	27
Visitas para recuperação de faltosos	7	23	32

Prof. V. Pardo-Castelló

É-nos grato registrar a recente eleição, para a honrosa função de Presidente da American Dermatological Association, do Prof. V. PARDO-CASTELLÓ, sócio Honorário da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, o qual, assim, é alvo de significativa homenagem por parte da citada instituição norte-americana, que, em reconhecimento aos seus grandes méritos, escolheu-o para presidi-la.

Dr. J. Walter Wilson

Em dias de agôsto último, esteve em visita ao Brasil o ilustre dermatologista norte-americano J. Walter Wilson, da Universidade de Los Angeles e Presidente da Secção de Dermatologia da American Medical Association, o qual esteve em Belo Horizonte, São Paulo e Distrito Federal, havendo, aqui, comparecido aos Serviços dos Professôres F. E. Rabello e J. Ramos e Silva e ao Instituto Oswaldo Cruz.

Recebemos e agradecemos

"Estigmas atávicos em dermopapiloscopia". Israel Castellanos. Havana, Cuba. Imp. P. Fernández y Cia., 1955.

Dermatomiositis. Julio M. Borda e Sergio G. Stringa. El Ateneo, Buenos Aires, 1955.

Os pioneiros do combate à lepra no Brasil colonial. H. C. de Souza Araujo. Separata da Rev. do Inst. Hist. e Geográfico Brasil., 220: 1 (jul.-set.), 1953.

Sôro-reação em leprosos usando como antígenos extrato de leproma Stefansky e culturas de bacilos ácido-álcool resistentes. H. C. de Souza Araujo e F. Rocha Lagoa. Mem. do Inst. Oswaldo Cruz, 52: 1 (mar.), 1954.

Isolamento e estudo experimental de duas novas culturas de bacilos ácido-álcool-resistentes de muco nasal de leprosos. H. C. de Souza Araujo. Mem. do Inst. Oswaldo Cruz, 52: 9 (mar.), 1955.

Nomenclatura Dermatológica

Com o propósito de alargar o terreno que vem sendo coberto, desde 1950, com o trabalho da Comissão Brasileira, toma esta Redação a iniciativa de incluir doravante em nossa Revista uma nova rubrica, — *NOMENCLATURA DERMATOLÓGICA*.

Tendo em vista a larga e confortadora aceitação dessa nomenclatura pelos dermatólogos ibero-americanos a partir de seu primeiro Congresso, é desejo desta Redação desenvolver um trabalho já iniciado sob tão bons auspícios, mantendo esta nova seção aberta a fim de receber sugestões no sentido de retificar o texto e propor novos verbetes ou sinônimos, continuando, assim, o tema permanentemente em pauta.

Para êste fim, constituem-se em comissão "ad hoc" os atuais membros desta Redação, de modo a poder fazer-se um cuidadoso exame das sugestões apresentadas, e, dessas, escolher-se as melhores e mais urgentes.

F. E. R.

Análises

DERMATITES DE CONTACTO COM A PLATINA E METAIS AFINS (CONTACT DERMATITIS FROM PLATINUM AND RELATED METALS). RELATO DE UM CASO. CHARLES SHEARD. *A.M.A. Arch. dermat.*, 71:357 (mar.),1955.

O autor relata um caso de dermatite de contacto devida à platina e metais afins. Êste metal tem sido, até a presente data, considerado incapaz de produzir dermatites na forma metálica, embora tenha provocado dermatites, e mesmo asma, na forma de sais mais complexos. São discutidos alguns aspectos da limpeza e reparação de anéis pelos joalheiros, e relatados os resultados dos testes de contacto com a platina e os metais afins.

Resumo do autor

UNGUENTOS PROTETORES DA PELE — ESTUDO COMPARATIVO INCLUINDO OS NOVOS PREPARADOS DE SILICONA (SKIN-PROTECTIVE OINTMENTS — COMPARATIVE STUDY INCLUDING THE NEW SILICONE PREPARATION). JOHN M. SHAW e FRANK W. CROWE. *A.M.A. Arch. dermat.*, 71:379,(mar.),1955.

Os autores conduziram testes de modo a demonstrar a eficiência comparativa de vários ungüentos protetores, dois dos quais contendo silicona, apresentaram os melhores resultados. Evidenciou-se que o veículo ao qual a silicona foi incorporada influenciava, em determinado grau, a eficiência dos ungüentos testados. A proteção mais efetiva foi conseguida pela mistura de 30% de siliconas em vaselina, que atingiu o dôbro da proteção fornecida pela vaselina pura. A mistura de 52.5 % de siliconas em bentonita foi mais eficiente do que a mesma percentagem de vaselina líquida em bentonita. Ficou demonstrado que a mistura de silicona, nitrocelulose e óleo de castor em creme evanescente não era de proteção maior do que o creme evanescente simples. Os ungüentos comerciais protetores, sem silicona, são de pouco valor frente ao sabão e água quente e as aplicações de óleos solúveis diluídos. Nenhum óleo protetor comum usado proporciona uma barreira aderente superior aos solventes de vaselina ou aos óleos insolúveis diluídos. As lavagens repetidas demonstram o fato de que todos os ungüentos protetores podem ser removidos com água e sabão, após vários lapsos de tempo, indicando a necessidade de reaplicação quanto requerida para qualquer atividade particular. A extensão dos resultados dêstes testes sugere que 30 % de siliconas em vaselina proporcionam uma proteção superior frente a uma longa série de materiais aquosos. Em estudos posteriores, concernentes à questão, os autores farão sugestões sôbre os aquosos particularmente irritantes utilizados na indústria.

Resumo dos autores

ESTUDOS SÔBRE A RETENÇÃO DO SUOR NAS VARIAS DERMATOSES (STUDIES ON SWEAT RETENTION IN VARIOUS DERMATOSES). FRANK E. CORMIA e VIRGINIA KUYKENDALL. *A.M.A. Arch. dermat.*, 71:425(abr.),1955.

Declararam os autores que um grau significativo de retenção de suor está sempre presente nas dermatoses eczematosas comuns. Esta pode tornar-se completa nas erucções eczematosas crônicas severas e na psoriase.

O grau de retenção foi medido por uma técnica modificada de amido-iodo e expressa em comparação com achados na pele afetada e na normal adjacente ou contralateral.

A agravação, pelo calor, das erupções eczematosas parece estar bem correlacionada com o grau calculado de retenção de suor.

As observações suplementares na temperatura da pele, pH, e resistência elétrica da pele foram de pouco valor na interpretação dos achados.

As glândulas suporíparas parecem ser histológica e funcionalmente normais com relação à retenção de suor.

A porção dérmica dos condutos sudoríparos não apresenta anormalidades significantes, além de dilatação inconstante em pacientes com retenção de suor.

A retenção de suor na psoriase, no liquen plano hipertrófico e em vários tipos de dermatite e eczema, é produzida por obstrução na porção epidérmica superior do conduto sudoríparo.

O glicogênio pode ser retirado das glândulas suporíparas, em indivíduos normais e em pacientes com retenção de suor, por meio de injeções intradérmicas repetidas com uma solução de metacolina.

O glicogênio está normalmente presente na porção dérmica das glândulas excretoras sudoríparas, principalmente na sua camada basal. O glicogênio é encontrado na camada interna das células, sòmente na superfície dérmica e na porção epidérmica profunda da glândula.

A retirada do glicogênio da porção dérmica inferior da glândula suporípara ocorre de modo inconstante e moderado após a injeção de metacolina. Estas e outras considerações sugerem que a glândula pode ter outra função além do transporte de suor (reabsorção ?).

Schiff positiva, material resistente — diastase — e saliva estão presentes em indivíduos normais e eczematosos como um fino limite da unidade glandular sudorípara. Esta substância não se tinge metacromàticamente com o azul de toluidina.

Em presença da retenção de suor, o material Schiff positivo tende a acumular-se na porção epidérmica superior da glândula sudorípara e, às vêzes, difunde-se em tôrno do anel queratinoso circundante.

A interação entre o material Schiff-positivo e a queratina aparantemente amorfa que circunda o poro sudoríparo pode ser responsável pela retenção de suor observada nêste estudo.

Resumo dos autores.

T. MENTAGROPHYTES NAS COBAIAS APARENTEMENTE SADIAS (T. MENTAGROPHYTES FROM APPARENTLY HEALTHY GUINEA PIGS). CÉSAR A. FUENTES e RAQUEL ABOULAFIA. *A.M.A. Arch. dermat.*, 71:478(abr.),1955.

Os autores isolaram T. mentagrophytes em 15 de 113 cobaias clinicamente livres de infecção verminótica.

Estas observações sugerem que a cobaia adulta pode abrigar T. mentagrophytes em estado inativo.

Antes de empreender estudos que envolvam os fungos verminóticos, os investigadores desejam estar certos de que os animais experimentais estão livres de infecções latentes de T. mentagrophytes.

Resumo dos autores.

CASO DE LUPUS ERITEMATOSO PROFUNDO (CAS DE LUPUS ERYTHÉMATEUX PROFOND). J. RAMOS E SILVA e H. PORTUGAL. *Ann. de dermat. et syph.*, 82:34(jan.-fev.),1955.

Descrevem os autores um caso de lúpus eritematoso da face, em vespertílio, com surtos febris, em mulher de 22 anos, acompanhado de lesões nodulares hipodérmicas sôbre os membros, à superfície dos quais a pele estava normal ou atingida por lesões semelhantes às do lúpus eritematoso.

Histològicamente, as lesões superficiais eram pouco características, porém as lesões profundas eram as do lúpus eritematoso agudo, sobretudo nas suas localizações viscerais (lesões vasculares, necrose fibrinóide, edema mucoso, etc.).

O diagnóstico de "lesões profundas do lúpus eritematoso" parece o único admissível.

Resumo dos autores.

MANIFESTAÇÕES CUTANEAS DA POLICITEMIA GENUINA (CUTANEOUS MANIFESTATIONS OF POLYCYTHEMIA VERA). SAMUEL M. BLUEFARB. *Quarterly Bull., N.U.M.S.*, 29:8,1955.

O autor discute as lesões cutâneas da policitemia genuína, afirmando que estas dermatoses podem ser explicadas em base circulatória, tal como se segue: 1) as relacionadas com a distensão vascular e aumento da viscosidade do sangue (coloração vermelho purpurina da pele e membranas mucosas; hemorragias, equimoses, com a resultante pigmentação; hemoangioma, nevo aracniforme; língua geográfica; acne urticada, urticária, prurido, pele sêca, eczema e eritrodermia); 2) as relacionadas com as modificações orgânicas nos vasos sanguíneos (trombose, nódulos ulcerados nas pernas, eritromelalgia, lesões semelhantes à esclerodermia); e 3) as relacionadas com o calor e o frio, piores no clima frio.

Resumo do autor

A DONOVANOSE (LA DONOVANOSE). "Compte rendu" da Organização Mundial de Saúde: Série de monografias, n.° 24, 1954.

A donovanose é uma doença de origem venérea que se tem, freqüentemente, confundido com a linfogranulomatose inguinal subaguda ou doença de Nicolas e Favre. A etiologia, os aspectos clínicos e o tratamento desta afecção foram feitos por pesquisadores do Hospital Geral e da Escola de Medicina de Madras, onde, há cêrca de 50 anos, o Major Charles Donovan, professor e médico, descobriu e descreveu os corpos intracelulares presentes nas lesões que acompanham a infecção.

A donovanose, embora de interêsse restrito para o prático, ao qual ela passa freqüentemente desapercebida, produz efeitos particularmente penosos: as lesões primárias atingem os órgãos genitais e observam-se manifestações secundárias nas regiões inguinais, anal e bucal; ulcerações granulomatosas se formam e se estendem; na sua fase avançada a doença é incurável. Considerando-se que a donovanose é uma doença constantemente associada à pobreza, à falta de higiene e ao envilecimento dos hábitos sexuais, a organização de uma campanha de saúde pública deveria permitir a supressão radical dos reservatórios de infecção, enquanto é possível esperar-se a cura completa — por um tratamento eficaz com antibióticos — dos doentes nos quais o diagnóstico foi feito com antecedência suficiente.

Esta publicação, que passa em vista as observações feitas neste domínio por todos os autores precedentes, ilustrada com 38 fotografias, é a primeira monografia de conjunto sôbre a donovanose. Ela faz parte, aliás, de uma série de estudos análogos, publicados pela OMS em que cada um é dedicado a uma doença particular e às medidas a tomar para o seu combate. Já foram publicadas monografias sôbre a gripe e a peste, estando em preparo as referentes à poliomelite e ao cólera.

THE INDI

TO THIS VOLUME HAS

FROM THIS POSITION

THE BEGINNING OF T

CONVENIENCE OF REA

HIDROCORTISONA ROUSSEL

SUSPENSÃO INJETÁVEL DE HIDROCORTISONA ROUSSEL	Caixa com 1 ampola de 1 cm³, contendo 0,025 g de acetato de hidrocortisona. Uso intra e peri-articular.
COMPRIMIDOS DE HIDROCORTISONA ROUSSEL	Frasco com 25 comprimidos, dosados a 0,010 g de hidrocortisona. Uso oral.
COLÍRIO DE HIDROCORTISONA ROUSSEL	Frasco com 3 cm³ de suspensão isotônica e estável a 1% de acetato de hidrocortisona. Uso oftálmico.
POMADA DE HIDROCORTISONA ROUSSEL	Bisnaga com 5 g de pomada, dosada a 1% de acetato de hidrocortisona. Uso tópico.

LABORATÓRIOS SILVA ARAUJO ROUSSEL S. A.

Rio de Janeiro

SARSA

HTÖ P-1

FILIAL DO RIO DE JANEIRO — PROPAGANDA — A
RUA 1.º DE MARÇO N.º 6 — 1.º ANDAR

VACIDERMON

■ ■ UM PRODUTO CONSAGRADO ■ ■

■ ■ EM SUA NOVA FORMULA ■ ■

LABORATORIOS TOSTES S.A.

CAIXA POSTAL 553 - RIO

Os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, de propriedade e órgão oficial da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, são editados trimestralmente, constituindo, os quatro números anuais, um volume.

Consta da matéria de sua publicação o Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, contendo o resumo das reuniões realizadas no Rio de Janeiro e nas seções estaduais, da Sociedade.

Sua assinatura anual importa em Cr$ 200,00 para o Brasil, e Cr$ 240,00 para o exterior, incluindo porte. O preço do número avulso é de Cr$ 60,00 na época, e de Cr$ 70,00, quando atrasado.

Tôda a correspondência, concernente tanto a publicações como a assinaturas, pagamentos, etc., deverá ser endereçada ao encarregado geral, Sr. EDGARD GOMES, por intermédio da caixa postal 389, Rio de Janeiro (telefones: 32-1347 e 42-6540).

Os trabalhos entregues para publicação passam à propriedade única dos ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, que se reservam o direito de julgá-los, aceitando-os ou não, e de sugerir modificações aos seus autores. Os que não forem aceitos serão devolvidos, voltando, conseqüentemente, à propriedade plena dos seus autores. Esses trabalhos deverão ser datilografados, em espaço duplo, trazendo no fim a assinatura e o endereço dos autores. As indicações bibliográficas serão anotadas no texto com um número correspondente ao da lista bibliográfica, que virá numerada por ordem de citação e em fôlha à parte, no final do trabalho. Nas indicações bibliográficas deverão ser adotadas as normas do "Quarterly Commulative Index Medicus", isto é: sobrenome do autor, inicial do nome do autor, título do artigo, nome abreviado do periódico, volume do mesmo, página, mês, ou dia e mês se o periódico fôr semanal, e ano. A citação de livros será feita na seguinte ordem: autor, título, edição, local da publicação, editor, ano, volume e página. Os trabalhos deverão conter, sempre, um resumo da matéria.

As ilustrações que acompanharem os artigos não acarretarão ônus para os autores quando não ultrapassarem número razoável; as excedentes, bem como as que forem coloridas, correrão por conta dos autores, que serão consultados a respeito. As ilustrações deverão ser numeradas, por ordem, e marcadas no verso com o nome dos autores e o título do trabalho.

Os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA não serão responsáveis nem solidários com os conceitos ou opiniões emitidos nos trabalhos nêles publicados.

A abreviatura bibliográfica adotada para os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA é: *An. brasil. de dermat. e sif.*

VOL. 30 (1955) — N. 4 (Dezembro)

TRABALHOS ORIGINAIS:

ARTIGO ESPECIAL:

Jornal do Commercio - Rodrigues & C. - Av. Rio Branco, 117 - Rio de Janeiro - 1956